



Empleado/Nombre del titular de la póliza:

Empleador:

Nombre del paciente:

Relación:

Estimado empleado:

¿El paciente ha estado inscrito en algún otro programa de atención médica durante el año pasado, aparte de que el programa de salud actual en el que están inscritos hoy?

(Tales como: Medicare, Medicaid, otro seguro del empleador, cobertura individual del mercado).

() Si no, firme, feche y devuelva.

() Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente y devuélvelo.

(Fecha de inicio de la cobertura de beneficios anterior: _____)

Fecha de finalización de la cobertura de beneficios anterior (si corresponde): _____

Si es dependiente, 19 o 26 años, empleado: () Tiempo completo () Tiempo parcial

Nombre del programa de beneficios/empleador anterior: _____

Empleador anterior/Número de teléfono del programa de beneficios: _____

Número de póliza/plan de beneficios anterior: _____

Titular principal de la póliza/Nombre del asegurado: _____

Titular de la póliza/Asegurado principal Fecha de nacimiento: _____

Cobertura previa: () individual () empleado/cónyuge () empleado/hijo(s) () familia

Beneficios anteriores: () Médico () Dental () Visión

?Preguntas? Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 800-959-3518.

Gracias,

INTEGRA Administrative Group

Firma Empleado: _____

Fecha: _____

Número de teléfono: _____

Envíenos su formulario por correo, fax o portal web.^

Subir al sitio web: integratpa.com

'Contactenos', 'Servicio al Cliente/ShareFile'

Fax: 302-629-8416