

## Instrucciones para el Empleado

### Como Completar

1. Complete la Declaración del Empleado / Asegurado abajo. Responda todas las preguntas. Información incompleta resultará en demora del pago. Por favor firme "Entrega de Información", número 15.
2. Complete la "Autorización de pago de Beneficios del Seguro", Número 16, si usted desea que el pago sea haga directamente al doctor.
3. Complete el Número 11 si su esposa/esposo o dependiente tiene otro Seguro de Salud. Escriba "Ninguna" si no se aplica.

Envíe el formulario completo a: **Group Marketing Services, Inc**

P.O. Box 19040 – Kalamazoo, Michigan 49019-0040  
(269) 343-2611

## Formulario de Beneficios Médicos #733600

Si estas son cuentas adicionales para un reclamo ya presentado, marque un "X" en la casilla

### Para ser completado por el empleado – (Por favor complete todo)

1. Nombre del Empleado		2. Fecha de Nacimiento		3. Número de Seguro Social del Empleado		4. Nombre del dador de trabajo	
5. Nombre del Paciente		6. Fecha de Nacimiento		7. Parentesco Yo esposa(o) hijo		8. Es Empleado Mar Sep Sng Div	
9A. Domicilio del Empleado (Calle, Ciudad, Estado, Código)		9B. Domicilio del paciente (si es diferente)		10. ¿El paciente es Estudiante de Universidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "Sí" ¿Dónde? Fecha de Graduación:			
Número de Teléfono:		Número de Teléfono:		11. Otro Seguro de Salud (Incluyendo Medicare/Medicaid) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "Sí", nombre de la Aseguradora, dirección, Número de Póliza:		12A. Razón del reclamo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	
12B. ¿La Enfermedad o Accidente está relacionado con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		12C. Relacionado con el Carro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "Sí" incluya la página de la Póliza del Carro		13A. Describa la Enfermedad / Accidente      Fecha:      Lugar:  ¿Cómo ocurrió el Accidente?		13B. ¿El paciente es minusválido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Puede trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
14A. ¿Alguna vez ha tenido el paciente los mismos / similares síntomas o tratamientos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "Sí", explique. Incluya nombre del médico o lugar donde recibió el primer tratamiento:		14B. Las cargos son para? <input type="checkbox"/> Exámenes de Admisión <input type="checkbox"/> Segunda Opinión		15. Firma del paciente o persona autorizada: Yo autorizo la entrega de información médica / o del dador del trabajo necesaria para procesar este reclamo.  Firma del paciente, o pariente si es menor de edad      Fecha		16. Yo autorizo el pago de beneficios médicos a doctor, hospital, o suministradores de servicios médicos y / o facturas relacionadas con este formulario de reclamos.  Firma del Empleado (Opcional)	
17. ¿Es usted es un residente legal de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

Cualquier persona que conscientemente firma un reclamo de seguro que contiene alguna información que es falsa, incompleta o errónea es culpable de acto de seguro fraudulento lo que es un crimen y por tanto sujeto al juicio criminal.