

Iowa Department of Human Services
Insurance Questionnaire
(Cuestionario sobre Seguros)

Para garantizar que sus facturas sean pagadas tan pronto como sea posible, le agradecemos que llene este formulario y lo devuelva a su oficina local de Department of Human Services (DHS) office.

Su Nombre: _____ Su N° de Ident. Estatal, si corresponde: _____

¿Tienen usted, sus hijos u otras personas que vivan en su hogar, cobertura de seguro médico?

- Sí No, entonces no continúe completando el cuestionario

Si respondió afirmativamente, ¿quién es el titular del seguro médico?

- Usted Uno de sus padres, el cual no vive con usted
 Otra persona que vive con usted Otra persona que no vive con usted

Por favor, complete la siguiente información. Las casillas con esta marca * son obligatorias. Utilice la página siguiente si posee otra póliza.

Información acerca de la Primera Póliza

Marque **todos** los que correspondan a esta póliza:

- Gastos Médicos Mayores Medicamentos Suplemento Medicare
 Odontológicos Oftalmológicos

*Titular de la póliza (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Teléfono ()
Dirección postal (N° de la vivienda, calle, departamento, O apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
*Número de Social Security	*Fecha de nacimiento	*N° de Identificación Estatal
*Nombre de la compañía de seguros		Teléfono ()
Dirección postal de la oficina de reclamos del seguro (N°, calle, O apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
Si accede al seguro a través de su empleador, nombre del empleador		
*Número de la póliza	Número de grupo	Fecha de vigencia de la póliza

Personas cubiertas por la póliza anterior:

Llene la siguiente información y díganos si estas personas están cubiertas actualmente o si las agrega o las quita del seguro.

Cubierto actualmente	Elija Uno:		Fecha de vigencia	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Fecha de Nac.	Identificación Estatal	Parentesco con el Titular
	Agregar	Quitar					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Información sobre la Segunda Póliza

Marque **todos** los que correspondan a esta póliza:

- Gastos Médicos Mayores Medicamentos Suplemento Medicare
 Odontológicos Oftalmológicos

*Titular de la póliza (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Teléfono ()
Dirección postal (Nº de la vivienda, calle, departamento, O apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
*Número de Social Security	*Fecha de nacimiento	*Nº de Identificación Estatal
*Nombre de la compañía de seguros		Teléfono ()
Dirección postal de la oficina de reclamos del seguro (Nº, calle, O apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
Si accede al seguro a través de su empleador, nombre del empleador		
*Número de la póliza	Número de grupo	Fecha de vigencia de la póliza

Personas cubiertas por la póliza anterior:

Llene la siguiente información y díganos si estas personas están cubiertas actualmente o si las agrega o las quita del seguro.

Cubierto actualmente	Elija Uno:		Fecha de vigencia	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Fecha de Nac.	Identificación Estatal	Parentesco con el Titular
	Agregar	Quitar					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

¿Desea contarnos algo más con respecto a la información sobre seguros que nos facilitó? En caso afirmativo, por favor utilice este espacio.

Para Uso Exclusivo de la Oficina:
 Condado Nº _____
 Asistente Nº _____
 Fecha de Registro _____