

Koordinacja świadczeń z tytułu ubezpieczenia

Nazwa zakładu ubezpieczeń podstawowych: _____

Jeśli ma Pan/Pani inne ubezpieczenie, oprócz podstawowego, będziemy potrzebować innych informacji o tym ubezpieczeniu, aby wysłać je do Pana/Pani zakładu ubezpieczeń podstawowych. Dzięki skoordynowaniu świadczeń między wszystkimi ubezpieczycielami otrzyma Pan/Pani maksymalne dostępne świadczenia. (***Pola wymagane**)

PACJENT » *Nazwisko pacjenta: _____ *Data urodzenia: _____

OSOBA UBEZPIECZONA » *Imię i nazwisko osoby ubezpieczonej: _____ *Nr telefonu: _____

*Stopień pokrewieństwa z pacjentem: Pacjent Małżonek Rodzic Inny _____

Nr grupy lub roszczenia: _____ Nr subskrybenta / członka: _____

***Czy pacjent ma inne ubezpieczenie lub ubezpieczenie Medicare?**

TAK » Kontynuować wypełnianie formularza NIE » Przejść do części **Podpis**

INNY UBEZPIECZYCIEL:

* Nazwa subskrybenta innej polisy ubezpieczeniowej: _____

* Nazwa pracodawcy: _____

* Nazwa innego ubezpieczyciela: _____

* Adres ubezpieczyciela do składania roszczeń: _____ Nr telefonu ubezpieczyciela _____

*Nr polisy: _____ *Nr grupy: _____

Data rozpoczęcia ubezpieczenia: _____ *Data zakończenia ubezpieczenia (o ile dotyczy): _____

Inne ubezpieczenia? Własne Małżonka Dziecka Inne _____

APTEKA

Nazwa apteki: _____ Numer telefonu apteki: _____

Jeśli pacjent ma inne ubezpieczenie i jest dzieckiem lub osobą pozostającą na cudzym utrzymaniu, której rodzice są rozwiedzeni lub nie są małżeństwem i nie mieszkają razem, należy podać następujące dane. Jeśli pacjentów jest wielu, należy wypełnić oddzielny formularz dla każdego z nich.

Imiona i nazwiska osób pozostających na cudzym utrzymaniu: _____

Stopień pokrewieństwa innej osoby ubezpieczonej z dzieckiem: Rodzic Rodzic przybrany Opiekun prawny Inny _____

Dziecko mieszka z: Rodzicem Rodzicem przybranym Opiekunem prawnym Inną osobą _____

Osoby sprawujące opiekę prawną: Rodzic Rodzic przybrany Opiekun prawny Inna osoba _____

Czy istnieje orzeczenie sądowe, które przypisuje główną odpowiedzialność za ubezpieczenie zdrowotne?

Tak Nie Stopień pokrewieństwa osoby z orzeczoną odpowiedzialnością: Rodzic Rodzic przybrany

Opiekun prawny Inny _____

Nazwisko osoby odpowiedzialnej: _____

Adres: _____

Nazwiska i daty urodzenia obojga rodziców	Nazwisko matki: Data urodzenia: _____	Nazwisko ojca: Data urodzenia: _____
--	--	---

MEDICARE:

*Nazwisko osoby objętej ubezpieczeniem Medicare: _____

*Nr ID Medicare: _____

Data urodzenia: _____ Data przejścia na emeryturę (jeśli dotyczy): _____

*Data wejścia w życie części A Medicare (jeśli dotyczy): _____

*Data wejścia w życie części B Medicare (jeśli dotyczy): _____

*Data wejścia w życie refundacji leków objętych zakresem części D Medicare (jeżeli dotyczy): ____

*Powód uprawnienia:

Wiek

Niepełnosprawność Data rozpoczęcia niepełnosprawności: _____

Schyłkowa niewydolność nerek: _____

Data pierwszej dializy: _____

Data przeszczepu nerki: _____

PODPIS: _____

*Nazwisko osoby ubezpieczonej lub pacjenta (drukowanymi literami): _____

*Podpis osoby ubezpieczonej lub pacjenta: _____

*Data: _____