

¿Tiene derecho a Medicare debido a enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) (insuficiencia renal permanente)?

Sí No

¿Hay alguna persona que esté solicitando esta cobertura que tenga derecho a beneficios de cualquier otro seguro grupal (excluidos Medicare, SRS, Medicaid) para gastos quirúrgicos, médicos o dentales?

Sí No

Proporcionar el número de ID actual _____

La cobertura es: Salud únicamente Dental únicamente Salud y dental

Manifiesto que todas las afirmaciones hechas en el presente formulario están completas y son verdaderas a mi leal saber y entender. Comprendo que, en caso de que no proporcione cualquier información significativa o si hiciera alguna manifestación falsa intencional de algún hecho significativo, dicha omisión o manifestación falsa intencional podrían dar lugar a una nueva calificación de mi cobertura de atención médica o a su rescisión o anulación y/o a un proceso penal.

Se requiere su firma

Fecha _____ / _____ / _____
MM DD AAAA

La versión oficial de este formulario es la versión en inglés. Las versiones de este formulario en cualquier idioma distinto del inglés se proporcionan únicamente con fines informativos.

The English language version of this form is the official version; a version of this form in any other language other than English, is furnished for informational purposes only.