



# Group Administrators, Ltd.

20 N Martingale Rd., Suite 290 Schaumburg, IL 60173 (847) 519-1880  
contactus@groupadministrators.com, www.groupadministrators.com

## Coordinación de Beneficios

*Favor de llenar la siguiente información y regresar a la dirección de Group Administrators, Ltd indicada. El fracaso de regresar este documento resultara en un retraso del proceso de sus reclamos.*

**¿Cual es el propósito de la forma COB?**

Es la manera de comprender quien paga los reclamos primero cuando tiene dos o más formas de Seguro de salud.

Información de Empleado			
Nombre de Empleado (Apellido, Primero, I)		Seguro Social o Número de ID	
Dirección	Cuidad	Estado	Zona Postal
Numero de Telefonó		Correo Electronicó	

¿Algún depende (Esposa, Hijos) tiene otro tipo de Seguro medical o dental? **Si** **No**  
Si su respuesta es si, por favor llene la información de abajo:

Nombre (Primero Apellido)	Tipo de Seguro (Medical, Dental)	Relación al Empleado	Nombre de Seguro

Firma

Fecha

**Si tienes alguna pregunta, por favor llame a Group Administrators (847) 519-1880.**