EmblemHealth | UnitedHealthcare

员工调查问卷：请求其他医疗保险信息

提交本表格的目的是告知我们您可以获得的所有医疗保险承保范围。如果您除了 New York 市雇员优先医疗机构 (New York City Employees PPO, NYCE PPO) 计划的承保之外还有其他保险，我们将需要您的其他保险信息。通过与所有保险公司协调福利，被保人可以获得最大限度的福利。

重要信息：我们需要您的回复。如果您未能在本表格上提供要求的信息，可能会延迟您的医疗索赔的处理。**即使您没有其他医疗保险，也请回复**。

您可以通过以下 4 种方式中的 1 种提供这些信息：

- 致电 **212-501-4444**（听力语言残障服务专线 (TTY) 711）联系 New York 市雇员优先医疗机构 (NYCE PPO) 会员服务部。
- 访问 **nyceppo.com**。登录会员门户网站。选择页面顶部的 **Coverage and benefits (承保范围和福利)**，然后选择 **Other medical insurance (其他医疗保险)**。
- 填写本表格并邮寄至 NYCE PPO Plan, P.O. Box 21534, Eagan, MN 55121。
- 填写本表格并传真至 **877-293-4926**。

个人信息

会员姓名 _____ 出生日期 ____ / ____ / ____ (MM DD YYYY)

会员 ID 号 _____ 索赔号（*如适用*）_____

病患姓名 _____ 被保人姓名 _____

电话号码 ____ - ____ - ____

被保人与病患的关系 ◯ 本人 ◯ 配偶 ◯ 父母 ◯ 其他 _____

病患是否有其他保险或联邦医疗保险承保？

◯ **是 – 其他保险：**如果您勾选此框，请继续本表格的**其他保险公司**部分。

◯ **是 – 联邦医疗保险（Medicare，俗称“红蓝卡”）：**如果您勾选此框，请继续本表格的联邦医疗保险（Medicare，俗称“红蓝卡”）部分。

◯ **否** – 如果您勾选此框，请继续本表格的签名部分。

（续）

其他保险公司

其他保单的投保人姓名 _____

其他保险公司的名称 _____ 保险公司电话 ____ - ____ - ____

雇主名称 _____

保单编号 _____ 团体编号 _____

承保开始日期 ___ / ___ / ___ (MM DD YYYY) 承保结束日期（*如适用*）___ / ___ / ___ (MM DD YYYY)

其他保险承保 ◯ 本人 ◯ 配偶 ◯ 受抚养人 ◯ 其他 _____

如果病患有其他保险，并且是离婚或未婚且不住在一起的亲生父母的子女或受抚养人，请填写以下信息。如果有多位病患，请为每位病患填写一份单独的表格。

受抚养人姓名 _____

其他保险会员与儿童的关系 ◯ 父母 ◯ 继父母 ◯ 法定监护人 ◯ 其他 _____

儿童与谁同住 ◯ 父母 ◯ 继父母 ◯ 法定监护人 ◯ 其他 _____

有法定监护权的人 ◯ 父母 ◯ 继父母 ◯ 法定监护人 ◯ 其他 _____

是否有法院法令指定健康护理承保的主要责任？ ◯ 是 ◯ 否

法定责任方关系 ◯ 父母 ◯ 继父母 ◯ 法定监护人 ◯ 其他 _____

责任方姓名 _____

母亲姓名 _____ 出生日期 ___ / ___ / ___ (MM DD YYYY)

父亲姓名 _____ 出生日期 ___ / ___ / ___ (MM DD YYYY)

联邦医疗保险（Medicare，俗称“红蓝卡”）

联邦医疗保险（Medicare，俗称“红蓝卡”）承保的个人姓名 _____ 联邦医疗保险 ID 号 _____

退休日期（*如适用*）___ / ___ / ___ (MM DD YYYY) 联邦医疗保险 **A 部分**生效日期（*如适用*）___ / ___ / ___ (MM DD YYYY)

联邦医疗保险 **B 部分**生效日期（*如适用*）___ / ___ / ___ (MM DD YYYY)

联邦医疗保险 **D 部分**处方药承保生效日期（*如适用*） ___ / ___ / ___ (MM DD YYYY)

资格原因 ◯ 年龄 ◯ 残疾 残疾开始日期 ___ / ___ / ___ (MM DD YYYY)

◯ 末期肾病 首次透析日期 ___ / ___ / ___ (MM DD YYYY) 肾移植日期 ___ / ___ / ___ (MM DD YYYY)

签名：

会员正楷姓名 _____ 会员签名 _____

日期 ___ / ___ / ___ (MM DD YYYY)

© 2025 联合健康保险服务公司 UMF0021CS-NYCE-MAN 1225 UA
未获得许可，不得复制本文件的任何部份。

EmblemHealth | UnitedHealthcare