

FONDO DE SALUD DEL CONSEJO REGIONAL DE CARPINTEROS DE LOS ESTADOS DEL NORTE Y DEL CENTRO

P.O. BOX 4002* EAU CLAIRE WISCONSIN 54702

Estimado Participante:

Al completar el Formulario de información familiar, el Fondo de Salud recibe información importante necesaria para tramitar las reclamaciones relativas a usted y sus dependientes. Para ayudarnos a mantener actualizados sus registros, **pedimos a los Participantes que completen este formulario familiar una vez al año aunque no haya habido cambios**. Si se producen cambios después de que devuelva este formulario, llame a la Oficina del Fondo, y le enviaremos otro formulario familiar para actualizar esos cambios.

Para evitar retrasos en la tramitación de sus reclamos, responda en su totalidad **todas** las preguntas. Luego firme y anote la fecha en la parte inferior y devuelva este formulario lo antes posible a:

FONDO DE SALUD DEL CONSEJO REGIONAL DE CARPINTEROS DE LOS
ESTADOS DEL NORTE Y DEL CENTRO
PO BOX 4002
EAU CLAIRE, WI 54702-4002

Atentamente,

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

FONDO DE SALUD DEL CONSEJO REGIONAL DE CARPINTEROS DE LOS ESTADOS DEL NORTE Y DEL CENTRO
FORMULARIO DE INFORMACIÓN FAMILIAR

COMPLETE Y DEVUELVA EL FORMULARIO INCLUSO SI NO SE HAN PRODUCIDO CAMBIOS (EN LETRA DE IMPRENTA)

NOMBRE DEL PARTICIPANTE
 (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL SEGUNDO NOMBRE)

N.º SEG. SOC.

ADDRESS

CIUDAD/ESTADO/
 CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

FECHA DE NACIMIENTO SEXO F M

ESTADO CIVIL DEL PARTICIPANTE SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO SEPARADO LEGALMENTE

FECHA DE CASAMIENTO (SI CORRESPONDE)

FECHA DE DIVORCIO (SI CORRESPONDE)
 FECHA DE SEPARACIÓN LEGAL (SI CORRESPONDE)

¿TIENE COBERTURA DE MEDICARE? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, FECHA EFECTIVA: _____ SEXO F M

NOMBRE DEL CÓNYUGE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL SEGUNDO NOMBRE)

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN DEL CÓNYUGE CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

PAÍS

CÓDIGO POSTAL

N.º SEG. SOC. DEL CÓNYUGE

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE

¿TIENE SU CÓNYUGE OTRA COBERTURA DE SEGURO? SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO,

COMPLETE LA SECCIÓN SIGUIENTE. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS

NOMBRE GRUPO

N.º GRUPO

CÓDIGO O N.º SEG. SOC. DEL ASEGURADO

FECHA DE VIGENCIA:

TIPO DE COBERTURA FAMILIAR O INDIVIDUAL MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN MÉDICO DENTAL

OFTALMOLÓGICO MEDICAMENTOS CON RECETA

¿TIENE SU CÓNYUGE COBERTURA DE MEDICARE? SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO, FECHA EFECTIVA: _____

OTROS DEPENDIENTES (LAS NUEVAS LEYES EXIGEN QUE EL FONDO DE SALUD OBTENGA EL NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL DE TODOS LOS DEPENDIENTES)

NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE APELLIDO (SI ES DIFERENTE)	N.º SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE	¿TIENE DERECHO A MEDICARE?
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

¿USTED U OTROS DEPENDIENTES ESTÁN ASEGURADOS EN ALGÚN OTRO SEGURO MÉDICO DISTINTO DE LA COBERTURA QUE USTED HA INDICADO EN LA INFORMACIÓN SOBRE SU CÓNYUGE?

EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA SECCIÓN SIGUIENTE. SÍ NO FAMILIAR O INDIVIDUAL MÉDICO DENTAL

OFTALMOLÓGICO SERVICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

FECHA DE NACIMIENTO

¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA?

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS

FECHA DE VIGENCIA

NOMBRE DEL GRUPO

N.º GRUPO

CÓDIGO DE PÓLIZA O N.º SEG. SOC.

RELACIÓN CON USTED O SU DEPENDIENTE

Por la presente certifico que las declaraciones aquí contenidas y adjuntas son completas y exactas. Autorizo a cualquier persona o institución que brinde atención, o a cualquier persona u organización en posesión de información sobre seguros u otros beneficios relacionados conmigo o con mis dependientes, a proporcionar y divulgar todos los hechos y datos conocidos relacionados con la discapacidad. Dicha información puede transmitirse al Fondo de Salud del Consejo Regional de Carpinteros de los Estados del Norte y del Centro, así como a cualquier organización y entidad de contención de costos contratada o autorizada por los Fideicomisarios.

FIRMA

FECHA

Formulario 101