



Formulario de Verificación de Seguro de Salud

Regresarlo antes del 31 de agosto del 2015

NOTA: Si usted no regresa este formulario, la cobertura de Culinary de su cónyuge terminará y sus reclamos serán negados.

PARTE A: SU INFORMACIÓN							
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (M/F)
DIRECCIÓN DE DOMICILIO					CIUDAD	STATE	ZIP CODE
TELÉFONO		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO			PREFERENCIA DE IDIOMA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

PARTE B: INFORMACIÓN DE SU CÓNYUGE DEPENDIENTE. Complete esta sección para continuar la cobertura de su cónyuge elegible (incluyendo pareja por cohabitación del mismo sexo).							
APELLIDO DEL CÓNYUGE		NOMBRE DEL CÓNYUGE		INICIAL	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (M/F)

¿Trabaja su cónyuge? ☐ NO ☐ SÍ – Por favor complete la Sección 1 abajo.

¿Es su cónyuge jubilado? ☐ NO ☐ SI – Si es SI, ¿Recibe cobertura de parte de la jubilación? ☐ NO ☐ SI Complete la Sección 2a abajo.

¿Es su cónyuge cubierto por Medicare o Medicaid? ☐ NO ☐ SI – Por ☐ Medicare ☐ Medicaid – complete Sección 2a abajo.

Sección 1. DE SER SÍ, por favor indique:

1. Nombre del Empleador: _____

2. ¿Está cubierto(a) su cónyuge por el Plan de Salud de su empleador? ☐ SÍ – Por favor complete la Sección 2a. ☐ NO – Por favor complete la Sección 2b.

Sección 2.

2a. Si es SÍ, por favor indique:

Nombre del Seguro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Número de Póliza: _____ Fecha Efectiva: _____

Tipo de Seguro: ☐ Individual ☐ Familiar Tipo de Cobertura: ☐ Médico ☐ Dental
(Cheque todos los que apliquen)

2b. De ser NO, por favor proporcione la razón:

☐ No se ofrece el seguro

☐ Empleado de tiempo parcial – no elegible para los beneficios de salud

☐ El/la cónyuge es elegible pero no se inscribió

☐ Nuevo(a) empleado(a) será elegible en _____ (mes/año)

PARTE C: INFORMACION DE SU DEPENDIENTE. ESTÁN SUS DEPENDIENTES ASEGURADOS CON CUALQUIER OTRO SEGURO DE GRUPO MÉDICO O DENTAL (INCLUYENDO DE ESTUDIANTE, DE ACCIDENTE O PLAN DE GOBIERNO)? DE SER ASÍ COMPLETE LAS SIGUIENTES LÍNEAS.

Niños dependientes (para niños adicionales use la parte de atrás de esta forma)	Cobertura proporcionada por (nombre del padre –que no es Culinary)	Nombre y dirección del seguro	Número de la póliza y fecha efectiva	Tipo de cobertura (Marque todos los que correspondan)
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental

INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Por medio de mi firma debajo, reconozco que Culinary Health Fund y sus agentes autorizados podrían usar y divulgar información de salud para propósitos relacionados a la evaluación, procesamiento y revisión de mis reclamos o los reclamos de mis dependientes, y consiento a la divulgación de información solicitada por Culinary Health Fund, por cualquier profesional médico, hospital u otra instalación de cuidados médicos, organización de apoyo de seguro, farmacia, agencia de gobierno, compañía de seguros, portador de la póliza de grupo, empleador o administrador del plan de beneficios.

Este consentimiento será válido por el periodo total de mi elegibilidad y la elegibilidad de mi dependiente bajo el plan de beneficios del Fondo.

Por este medio certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y completa según mi leal saber y entender.

Firma del Empleado Cubierto por Culinary

Fecha