



# Formulario de Verificación de Seguro Médico

Llénelo, Fírmelo y Regréselo Antes del 31 de Agosto de 2019

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

## Parte A: Su Información

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (M/F):
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) (fecha _____)	Idioma que prefiere: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	Correo Electrónico:		

## Parte B: Información de su Cónyuge Dependiente. Llene esta sección para seguir cubriendo a su cónyuge elegible.

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-----------	----------------	-----------------------------	---------------------	----------------------	--

- ¿Su cónyuge está **empleado(a)**?  NO  SÍ – Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_
- ¿Su cónyuge **trabaja por su propia cuenta**?  NO  SÍ – Su cónyuge **podría** tener que comprar cobertura de Indemnización al Trabajador.
- ¿Su cónyuge está **jubilado(a)**?  NO  SÍ – ¿Se le ofrece seguro médico de su retiro?  NO  SÍ - Por favor llene la Sección 1A abajo.
- ¿Su cónyuge tiene cobertura de **Medicare** o **Medicaid**?  NO  SÍ –  Medicare  Medicaid – Por favor llene la Sección 1A abajo.
- ¿Su cónyuge recibe **Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)**?  NO  SÍ – ¿Cuándo comenzó el beneficio? \_\_\_\_\_

¿Su cónyuge tiene cobertura médica por parte de su trabajo?  SÍ, Llene la Sección 1A  NO, Llene la Sección 1B

### 1A. Si contestó que SÍ, por favor indique:

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha Inicial: \_\_\_\_\_

Tipo de seguro - Marque todos los que apliquen:

Soltero(a)  Familiar  Médico  Dental  Visión

### 1B. Si contestó que NO, por favor indique la razón:

No se le ofrece seguro médico

Empleado(a) de Medio Tiempo - no es elegible para beneficios de salud

Cónyuge es elegible pero no está inscrito(a)

Nuevo(a) empleado(a), será elegible en \_\_\_\_\_ (mes/año)

## Parte C: Información de los Hijos(as) Dependientes. ¿Sus dependientes tienen cobertura de otro seguro médico o dental (incluyendo plan de estudiante, accidente, o del gobierno)? NO SÍ, llene la tabla:

Hijos(as) Dependientes (para más hijos(as) use el reverso)	Cobertura ofrecida por (Nombre del padre sin Culinaria)	Nombre y Dirección del Seguro	Número de la Póliza y Fecha de Efectividad	Tipo de Cobertura (Marque los que apliquen)
				<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Visión
				<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Visión
				<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Visión
				<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Visión
				<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Visión

## Información de Consentimiento

Al firmar abajo, reconozco que el Culinary Health Fund y sus agentes autorizados pueden usar y divulgar información de salud con motivo relacionado a evaluar, procesar, y revisar mis reclamos o los reclamos de mis dependientes, y accedo a la divulgación de información solicitada por el Culinary Health Fund, por cualquier profesional médico, hospital u otra institución de cuidado de salud, organización de apoyo de seguro, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, titular de póliza de grupo, empleador o administrador de los beneficios de un plan.

Este consentimiento será Válido por el periodo completo de mi elegibilidad y la elegibilidad de mis dependientes bajo los beneficios del Plan del Fondo.

Por la presente doy fe de que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y completa a mi leal saber y entender.

✕

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado Cubierto por la Culinaria

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Health Insurance Verification Form

Complete, Sign and Return Before August 31, 2019

**Note:** if you do not return this form completed, your spouse's Culinary coverage will end and their claims will be denied.

## Part A: Your Information

Last Name:	First Name:	Middle Initial:	Social Security #:	Date of Birth:	Sex (M/F):
Home Address:			City:	State:	Zip Code:
Telephone:	Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widow <input type="checkbox"/> Divorce (date _____)		Language Preference: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: _____		Email Address:

## Part B: Your Dependent Spouse Information. Complete this section to continue to cover your eligible spouse.

Last Name:	First Name:	Middle Initial:	Social Security #:	Date of Birth:	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
------------	-------------	-----------------	--------------------	----------------	--

- 1 Is your spouse **employed**?  NO  YES – **Employer's name:** \_\_\_\_\_
- 2 Is your spouse **Self-Employed**?  NO  YES – Your spouse **may** be required to buy Workers Compensation coverage.
- 3 Is your spouse a **retiree**?  NO  YES – Is insurance offered through retirement?  NO  YES – Please complete Section 1A below.
- 4 Is your spouse covered by **Medicare** or **Medicaid**?  NO  YES –  Medicare  Medicaid – Please complete Section 1A below.
- 5 Is your spouse receiving **Social Security Disability Insurance (SSDI)**?  NO  YES – when did the benefit start? \_\_\_\_\_

**Is your spouse covered by his/her employer's health plan?** ■ YES, Complete Section 1A ■ NO, Complete Section 1B

### 1A. If YES, please indicate:

Insurance Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Policy Number: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_

**Insurance type:** Check all that apply:

Single  Family  Medical  Dental  Vision

### 1B. If NO, please provide reason:

Insurance is not offered

Part Time Employee – not eligible for health benefits

Spouse is eligible but not signed up

New employee, will be eligible in \_\_\_\_\_ (month/year)

## Part C: Dependent Children Information. Are your dependents covered by any other medical or dental insurance (including student, accident, or government plan)? ■ NO ■ YES, complete the table:

Dependent Children (for more children use back of form)	Coverage offered by (Name of Non-culinary parent)	Insurance Name and Address	Policy Number and Effective Date	Type of Coverage (Check all that apply)
				<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Vision
				<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Vision
				<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Vision
				<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Vision
				<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Vision

## Consent Information

By my signature below, I acknowledge that the Culinary Health Fund and its authorized agents may use and disclose health information for purposes related to evaluating, processing, and reviewing my claims or my dependent's claims, and I consent to the disclosure of information requested by the Culinary Health Fund, by any medical professional, hospital or other medical-care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, group policy holder, employer or benefit plan administrator.

This consent will be valid for the entire period of my eligibility and my dependent's eligibility under the Fund's plan of benefits.

I hereby certify that all information provided on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

✕

\_\_\_\_\_

Culinary Covered Employee Signature

\_\_\_\_\_

Date