



Cement Masons Health & Welfare Trust Fund for Northern California

4160 Dublin Blvd. Suite 100, Dublin, CA 94568

Telephone: (707) 864-3300 • TOLL FREE (888) 245-5005 • FAX (925) 833-7301

norcalcementmasons.org

Estimado Participante,

Se ha recibido información que indica que usted y/o sus dependientes pueden ser elegibles bajo otro plan de seguros. Para determinar el asegurador principal para sus beneficios, por favor responda las preguntas a continuación. **Todas las reclamaciones estarán pendientes de su respuesta a este cuestionario.** Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte su SPD de Salud y Bienestar (pág. 78). Por favor, devuelva este formulario lo antes posible.

Fecha de Hoy: _____

Nombre del miembro: _____ ID#: _____

¿Ha habido o hay otra cobertura para usted o sus dependientes aparte de la cobertura a través de No CA Cement Masons en los últimos 2 años?

☐ No ☐ Si (si es así, complete **CADA SECCIÓN** a continuación)

1. Suscriptor de otro seguro: _____

SSN (para el suscriptor anterior): _____ D.O.B: _____

Nombre del Empleador: _____

2. Nombre del Seguro **Médico**: _____ Policy/ID#: _____

Teléfono de seguros #: _____ Dirección del seguro: _____

Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de Terminación (si aplica): _____

Enumera a cada persona cubierta por el plan anterior y su relación con el titular:

(Nombre)

(Relación)

(Nombre)

(Relación)

(Nombre)

(Relación)

(Nombre)

(Relación)

(Nombre)

(Relación)

(Nombre)

(Relación)

***Si se necesita más espacio, use una página adicional.*

3. Tipo de Plan (elige uno para cada uno)

- a) El suscriptor es: ☐ Empleado Activo ☐ Jubilado ☐ COBRA ☐ Otros: _____
- b) El plan médico se proporciona a través de: ☐ Empleado ☐ Privado/Individual ☐ Estado/Federal
- c) El plan médico es un: ☐ HMO ☐ PPO ☐ Otros: _____
-

4. ¿Hay un documento legal que asigne la cobertura de atención primaria de salud? ☐ Si ☐ No

(Por favor, asegúrese de que nuestra oficina tenga una copia de estos documentos legales en el archivo.)

Si es así, ¿cuál es la relación de la parte con la responsabilidad decretada? _____

5. ¿Quién tiene la custodia del(de los) niño(s) dependiente(s)? _____

*** Por favor, incluya una copia del frente y el reverso de la tarjeta de seguro a la que se refiere la información anterior. ***

Entiendo que es ilegal, y un delito grave en algunos estados, que cualquier persona, con conocimiento y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente una solicitud de reclamación o una solicitud de inscripción que contenga información falsa, incompleta o engañosa. En algunos estados, cualquier persona declarada culpable de fraude de seguros está sujeta a multas, encarcelamiento y/o negación de beneficios de seguros.

Firma: _____ Fecha: _____