



Teamsters Health & Welfare Fund

of Philadelphia and Vicinity

2500 MCCLELLAN AVE, SUITE 140 • PENNSAUKEN, NJ 08109 • (856) 382-2400
TOLL-FREE (800) 523-2846 • FAX (856) 382-2402 • www.teamsterfunds.com

Union Trustees
William T. Hamilton
Howard H. Wells
Robert "Rocky" Bryan, Jr.

Employer Trustees
Daniel Schmidt
William J. Einhorn
David Evans

EVENTO DE VIDA: BENEFICIARIO y TARJETA CENSAL

La tarjeta de beneficiario y la tarjeta del censo deben completarse en su totalidad al agregar un dependiente a su plan. Documentos requeridos de la siguiente manera:

Requisitos para Miembro:

1. Necesita una copia de la tarjeta de Seguro Social del miembro.

Requisitos para agregar cónyuge:

1. El miembro debe completar una tarjeta de beneficiario y una tarjeta censal.
2. Necesita una copia del Certificado de Matrimonio.
3. Necesita una copia de la tarjeta de Seguro Social de su cónyuge.
4. Necesita completar un Formulario de Declaración de Cobertura de Salud del Cónyuge si aún no se ha completado en la Tarjeta del Beneficiario y del Censo (se requiere que este formulario se complete una vez al año o cuando haya cambios en el empleo/beneficios del cónyuge).

Requisitos para agregar Hijo(s) Natural(es) - *Recién nacido* - Primeros 30 días de vida:

1. El miembro debe completar una tarjeta de beneficiario y una tarjeta del censo.
2. Necesita una copia de la tarjeta de cuna o el certificado de reliquia del hospital que indique al miembro como padre.

Requisitos para agregar niños naturales - 31 o más días de edad:

1. El miembro debe completar una tarjeta de beneficiario y una tarjeta del censo.
2. Necesita una copia del certificado de nacimiento de los hijos que indique que el miembro es el padre.
3. Necesita una copia de la tarjeta de Seguro Social de los niños.

Requisitos para agregar hijastros:

1. El miembro debe completar una tarjeta de beneficiario y una tarjeta del censo.
2. Necesita una copia del Certificado de Matrimonio (si no tenemos uno en el archivo).
3. Necesita una copia del certificado de nacimiento de los hijastros que indique al cónyuge del miembro como padre.
4. Necesita una copia de la tarjeta de Seguro Social de sus hijastros.

TENGA EN CUENTA:

- **Los dependientes no se agregarán a su plan hasta que se reciban los documentos solicitados.**

Si tiene alguna pregunta sobre lo anterior, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-523-2846 o al 1-856-382-2400.

Envíe sus formularios por fax: 1-856-382-2402

Correo electrónico: census@teamsterfunds.com

**POR FAVOR, IMPRIMA
CON TINTA**

**TEAMSTERS HEALTH & WELFARE FUND OF PHILADELPHIA AND VICINITY
BENEFICIARY, CENSUS CARD and DECLARATION OF SPOUSE HEALTH COVERAGE**

POR FAVOR, RELLENE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Apellido _____ (Primero) _____ (Inicial del segundo nombre) _____ SS# _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de teléfono(s): (Hogar) _____ (Celular) _____ (Trabajo) _____

Dirección de correo electrónico del miembro: _____

Nombre del empleador: _____ Fecha de empleo: _____ Unión Local #: _____

Sexo (encierre en un círculo uno): Masculino Hembra Estado civil (marque uno): Casado Soltero Divorciado Separado Viudo Otro

*****INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE*****

(Nombre:) _____ (Fecha de nacimiento) _____ SS# _____

Número de teléfono del cónyuge: _____ Dirección de correo electrónico del cónyuge: _____

Nombre y dirección del empleador del cónyuge: _____

Nombre y dirección de la compañía de seguros del cónyuge: _____

DEPENDIENTE(S) MIEMBRO(S): (Enumere a los hijos dependientes e incluya la dirección de correo electrónico, si corresponde)***

	Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	SSN
1.	_____	_____	_____	_____
	1a. Dirección de correo electrónico: _____			
2.	_____	_____	_____	_____
	2a. Dirección de correo electrónico: _____			
3.	_____	_____	_____	_____
	3a. Dirección de correo electrónico: _____			
4.	_____	_____	_____	_____
	4a. Dirección de correo electrónico: _____			
5.	_____	_____	_____	_____
	5a. Dirección de correo electrónico: _____			

**** SE REQUIERE COMPLETAR EL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO DEL MIEMBRO
BENEFICIARIO ****

BENEFICIARIO DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO DEL MIEMBRO:

Nombre del beneficiario: _____ Relación con el Miembro: _____

Dirección del beneficiario: _____

Al firmar a continuación, revoco cualquier designación de beneficiario anterior. También me reservo el derecho de cambiar esta designación de beneficiario y certifico que la información contenida anteriormente es correcta y precisa.

FIRMA DEL SOCIO: _____ **FECHA:** _____

(Nombre del miembro:) _____ (Miembro SS#) _____

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE COBERTURA DE SALUD DEL CÓNYUGE***

Mi cónyuge es (marque uno):

- Empleado a tiempo completo (Tiempo completo se define como el horario programado para trabajar 32 o más horas por semana, complete el resto de este formulario)
- No está empleado actualmente (pase a las líneas de firma en la parte inferior y devuelva el formulario a la oficina del Fondo)
- Empleado a tiempo parcial (número de horas programadas regularmente cada semana: _____)
(si se programa menos de 32 horas por semana, firme en las líneas de firma y devuélvalo a la oficina del Fondo)
- Autónomo

Información del empleador del cónyuge: Dirección del empleador: _____
Teléfono del empleador #: _____ Contacto de Recursos Humanos: _____

Como usted sabe, su Plan de Beneficios contiene una disposición de "Coordinación de Beneficios". Esto significa que si su cónyuge está programado para trabajar 32 o más horas por semana y se le ofrecen beneficios médicos, dentales, de la vista o de medicamentos recetados a través de su empleador, DEBE inscribirse en el plan de esa compañía, a menos que se les exija pagar el 100% de la prima. En el caso de que su cónyuge deba pagar el 100% de la prima o Si no se le ofrece cobertura, necesitaremos una carta de su empleador que indique ese hecho.

¿Su cónyuge tiene otra cobertura de seguro? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> La cobertura que se muestra a continuación está asociada a una cuenta de gastos flexibles? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
COBERTURA MÉDICA DEL CÓNYUGE		
GRUPO #	ID DE MIEMBRO	NOMBRE DEL TRANSPORTISTA
DIRECCIÓN DEL TRANSPORTISTA		TELÉFONO DEL OPERADOR #
		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA
¿Qué tipo de cobertura es esta póliza?		SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIA <input type="checkbox"/>
COBERTURA DENTAL DEL CÓNYUGE		
GRUPO #	ID DE MIEMBRO	NOMBRE DEL TRANSPORTISTA
DIRECCIÓN DEL TRANSPORTISTA		TELÉFONO DEL OPERADOR #
		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA
¿Qué tipo de cobertura es esta póliza?		SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIA <input type="checkbox"/>
COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEL CÓNYUGE		
GRUPO #	ID DE MIEMBRO	NOMBRE DEL TRANSPORTISTA
DIRECCIÓN DEL TRANSPORTISTA		TELÉFONO DEL OPERADOR #
		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA
¿Qué tipo de cobertura es esta póliza?		SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIA <input type="checkbox"/>
COBERTURA DE LA VISTA DEL CÓNYUGE		
GRUPO #	ID DE MIEMBRO	NOMBRE DEL TRANSPORTISTA
DIRECCIÓN DEL TRANSPORTISTA		TELÉFONO DEL OPERADOR #
		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA
¿Qué tipo de cobertura es esta póliza?		SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIA <input type="checkbox"/>

Declaramos que la información anterior es verdadera y correcta a nuestro leal saber y entender, información y creencia. Entendemos que el Fondo se reserva el derecho de suspender o cancelar nuestra cobertura de salud si concluye que hemos proporcionado información falsa o engañosa en esta Declaración. Entendemos que si el empleador del cónyuge ofrece un seguro de salud grupal, el cónyuge debe inscribirse en el plan de su empleador. Entendemos que si el cónyuge no se inscribe de esa manera, no es elegible para estar cubierto como dependiente en el Plan del Fondo. Finalmente, entendemos que el plan de salud grupal del cónyuge de su empleador es su plan de seguro principal. El Fondo solo considerará las reclamaciones de pago del cónyuge que se hayan presentado primero al plan del empleador del cónyuge. Si el cónyuge cambia de empleo, o su elegibilidad para la cobertura de salud cambia, estamos obligados a notificar al Fondo y completar una Declaración de Cobertura de Salud del Cónyuge actualizada.

Firma del miembro:		Fecha:	
Firma del cónyuge:		Fecha:	

NOTA: Una vez que este formulario esté completo, puede enviarlo por fax a: **1-856-382-2402 or 1-856-382-2401**
Dirección postal: **Teamsters Health & Welfare Fund of Philadelphia & Vicinity**
2500 McClellan Avenue, Suite 140 • Pennsauken, NJ 08109
Correo electrónico: **census@teamsterfunds.com**