



# 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](http://www.teamsterfunds.com)

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

*Employer Trustees*  
Daniel Schmidt  
William J. Einhorn  
David Evans

## ACTUALIZACIÓN ANUAL ¡SE REQUIERE ACCIÓN INMEDIATA!

Estimado miembro:

Nuestra oficina está en el proceso de actualizar nuestros registros para evitar cualquier interrupción en el procesamiento de sus reclamos.

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 recetados a través de su empleador, **DEBE** inscribirse en el plan de esa compañía a menos que se le 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.

Le pedimos que complete el reverso de este formulario en su totalidad, incluidas las firmas y la fecha, y que lo devuelva a nuestra oficina lo antes posible.

En caso de que no recibamos un formulario debidamente completado de su parte, no tendremos otra alternativa que denegar las reclamaciones de su cónyuge hasta que la oficina del Fondo reciba la información requerida.

Sinceramente

DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL MIEMBRO  
FONDO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS CAMIONEROS  
DE FILADELFIA Y ALREDEDORES

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

(Para evitar cualquier interrupción en el procesamiento de sus solicitudes, complete y devuelva este formulario a la oficina del Fondo)

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS			
SEGURIDAD SOCIAL #	NOMBRE (APELLIDO MÁS SUFIJO, PRIMERO, MI)	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO #
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE			
SEGURIDAD SOCIAL #	NOMBRE (APELLIDO MÁS SUFIJO, PRIMERO, MI)	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO #
¿Su cónyuge tiene otra cobertura de seguro? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> La cobertura que se muestra a continuación está asociada a una cuenta de gastos flexibles? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

**Mi cónyuge es (marque uno):**

- Empleado a tiempo complete (Tiempo completo se define como un trabajo programado para 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:**

Na del empleadorme: \_\_\_\_\_ 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 trabaja 32 o más horas por semana y se le ofrecen beneficios médicos, dentales, de la vista o recetados a través de su empleador, él/ella DEBE inscribirse en el plan de esa compañía a menos que se le 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.**

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 si 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.

<b>Firma del miembro:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del cónyuge:</b>		<b>Fecha:</b>	

**NOTA:** Una vez que este formulario esté completo, puede enviarlo por fax a: **1-856-382-2402**

**Dirección postal:** **Teamsters Health & Welfare Fund of Philadelphia & Vicinity**  
**2500 McClellan Avenue, Suite 140 • Pennsauken, NJ 08109**

**Correo electrónico:** [census@teamsterfunds.com](mailto:census@teamsterfunds.com)