



North Atlantic States Carpenters  
Health Benefits Fund

**Long Island Office**  
270 Motor Pkwy  
Hauppauge, NY 11788-5150  
Phone: (631) 952-9700  
Toll Free: 1(877) 372-3236  
Fax: (631) 952-9813  
[www.carpentersfund.org](http://www.carpentersfund.org)

Dear Participant,

Your health benefit plan includes a Coordination of Benefits clause that determines the primary source of payment when a member is covered by more than one health insurance policy. The terms of your health benefit plan require you to provide all of the information necessary to properly coordinate your benefits. Failure to provide this information may result in the denial of claims for you or your dependents.

The information you provide assists us in the prompt processing of claims. In addition, it may help us to:

- \* Reduce or lower your out-of-pocket expenses by utilizing all available insurance.
- \* Control legitimate medical costs to the Health Fund.
- \* Ensure contributions made to the Health Fund are utilized properly.

**Failure to provide the Fund Office with the correct insurance information causing the Fund to pay benefits in error on you or your dependents behalf will result in an Overpayment. You will then be required to reimburse the Fund in full and the Fund shall be entitled to recover such benefits. Any refusal by you or your dependents to reimburse the Fund for an overpaid amount will be considered a breach of the agreement between the Fund and you and the Fund reserves the right to cancel or rescind Fund coverage for any Participant or Dependent. The Fund also may recover any overpaid or advanced benefits by pursuing legal action against the party to whom the benefits were paid.**

In order to avoid any of these repercussions, we are asking that you complete all sections of the questionnaire enclosed as they apply to you and your dependents under your policy, sign and return it in the enclosed envelope within 14 days.

**Failure to provide this information may result in the denial of claims for you or your dependents.**

**All pages must be returned.**

If you have any questions, please feel free to call the Hauppauge Fund Office at 631-952-9700 or 1-877-372-3236, choose Option 2 and Health Department Representatives will be happy to assist you.

Thank you for your anticipated cooperation.

North Atlantic States Carpenters Health Benefits Fund

**Continued on next page**



North Atlantic States Carpenters  
Health Benefits Fund

**Long Island Office**  
270 Motor Pkwy  
Hauppauge, NY 11788-5150  
Phone: (631) 952-9700  
Toll Free: 1(877) 372-3236  
Fax: (631) 952-9813  
[www.carpentersfund.org](http://www.carpentersfund.org)

## North Atlantic States Carpenters Health Benefits Fund

270 Motor Parkway, Hauppauge, NY 11788-5150  
Tel: (631) 952-9700 Fax: (631) 952-9813

### COORDINATION OF BENEFITS

**Please complete this form with OTHER Insurance Information (if applicable) other than the North Atlantic States Carpenters Health Benefits Fund.**

Member's Name: \_\_\_\_\_ Local#: \_\_\_\_\_

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

Social Security #: \_\_\_\_\_ Marital Status:  Single  Married  Divorced  Widow

Spouse's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Spouse's SS#: \_\_\_\_\_

Is Spouse Employed?  Yes  No Date of Employment: \_\_\_\_\_

Name of Spouse's Employer: \_\_\_\_\_

Address of Spouse's Employer: \_\_\_\_\_

If Employed, Is Health Coverage Offered?  Yes  No Health Coverage is Paid by:  Employer  Employee

Is Spouse or Dependents Insured?  Yes  No If yes, Please Provide **Other Health Insurance Info** (Including Medicaid) other than the North Atlantic States Carpenters Health Benefits Fund:

Name of Health Insurance Carrier: \_\_\_\_\_

Address of Health Insurance Carrier: \_\_\_\_\_

Insurance Tel #: \_\_\_\_\_ Your Policy #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder: \_\_\_\_\_

Effective Date of Policy (**Required**): \_\_\_\_\_ Termination Date (if applicable): \_\_\_\_\_

Type of Policy:  Single  Family (List dependents, including spouse/member)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EXTENT OF COVERAGE:** (Circle category(s) covered by **other** Medical insurance):

HOSPITAL      OFFICE VISITS      SURGERY      X-RAY      HEARING AIDS      MAJOR MEDICAL  
CHIROPRACTIC      PHYSICAL / OCCUPATIONAL / SPEECH THERAPY      MENTAL HEALTH



North Atlantic States Carpenters  
Health Benefits Fund

**Long Island Office**  
270 Motor Pkwy  
Hauppauge, NY 11788-5150  
Phone: (631) 952-9700  
Toll Free: 1(877) 372-3236  
Fax: (631) 952-9813  
[www.carpentersfund.org](http://www.carpentersfund.org)

Does this Health Coverage also cover **Out-of-Network Medical**?  Yes  No

Name of OON Medical Carrier: \_\_\_\_\_

Insurance Tel #: \_\_\_\_\_ Your Policy #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder: \_\_\_\_\_

Effective Date of Policy (**Required**): \_\_\_\_\_ Termination Date (if applicable): \_\_\_\_\_

Type of Policy:  Single  Family (List dependents, including spouse)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Are you or any member of your family enrolled in any **OTHER Dental Insurance Program**?  Yes  No  
If, Yes (including Medicaid) please complete section below:

Name of Dental Carrier: \_\_\_\_\_

Insurance Tel #: \_\_\_\_\_ Your Policy #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder: \_\_\_\_\_

Effective Date of Policy (**Required**): \_\_\_\_\_ Termination Date (if applicable): \_\_\_\_\_

Type of Policy:  Single  Family (List dependents, including spouse)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Are you or any member of your family enrolled in any **OTHER Vision Program**?  Yes  No  
If, Yes (including Medicaid) please complete section below:

Name of Vision Carrier: \_\_\_\_\_

Insurance Tel #: \_\_\_\_\_ Your Policy #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder: \_\_\_\_\_

Effective Date of Policy (**Required**): \_\_\_\_\_ Termination Date (if applicable): \_\_\_\_\_

Type of Policy:  Single  Family (List dependents, including spouse)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



North Atlantic States Carpenters  
Health Benefits Fund

**Long Island Office**  
270 Motor Pkwy  
Hauppauge, NY 11788-5150  
Phone: (631) 952-9700  
Toll Free: 1(877) 372-3236  
Fax: (631) 952-9813  
[www.carpentersfund.org](http://www.carpentersfund.org)

Are you or any member of your family enrolled in any **OTHER Prescription Program**?  Yes  No

If, Yes (including Medicaid) please complete section below:

Name of Prescription Carrier: \_\_\_\_\_

Insurance Tel #: \_\_\_\_\_ Your Policy #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder: \_\_\_\_\_

Effective Date of Policy (**Required**): \_\_\_\_\_ Termination Date (if applicable): \_\_\_\_\_

Type of Policy:  Single  Family (List dependents, including spouse)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If this coverage is provided for dependent child(ren) whose natural parents are divorced, separated or were never married, it is necessary to attach a copy of the court decree which identifies which parent is responsible for providing health coverage. If the court decree does not specify who is responsible, then it will be necessary to provide a copy of the custody agreement for the dependent child(ren). If you have previously provided the court decree to us, you do not have to provide it again.

Are you, your spouse, or any other dependents eligible for **Medicare**?  Yes  No

If Yes, (**submit a copy of your Medicare Card**) reason for Medicare coverage – check all that apply:

Over age 65  Disabled Please indicate Medicare ID #: \_\_\_\_\_

Are you or your spouse enrolled in any **other** Health Savings Account (**HSA**), Health Reimbursements Accounts (**HRA**) or Federal Savings Account (**FSA**)?  Yes  No If Yes, Which one? \_\_\_\_\_

**I certify that all the information provided above is true and correct and I agree to notify the Fund in writing immediately if any of this information changes. I understand that the purpose of this information is to assure appropriate Coordination of Benefits of all plans. I also agree to indemnify the Fund and its Trustees from any losses caused by any misstatements made herein.**

**Member Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Spouse Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

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



Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte  
Fondos de Beneficios de Salud

Oficina de Long Island  
270 Motor Pkwy  
Hauppauge, NY 11788-5150  
Phone: (631) 952-9700  
Toll Free: 1(877) 372-3236  
Fax: (631) 952-9813  
[www.carpentersfund.org](http://www.carpentersfund.org)

Querido Participante,

Su plan de beneficio de salud incluye una cláusula de coordinación de beneficios que determina la fuente principal de pagos cuando un miembro tiene cobertura por más de una póliza de seguro de salud. Los términos de su beneficio de salud requieren que usted proporcione toda la información necesaria para coordinar apropiadamente sus beneficios. El incumplimiento de no proporcionar esta información puede resultar en el rechazo de reclamos para usted o sus dependientes.

La información que usted proporcione nos ayuda a procesar reclamos de una manera mas rápida. Además, nos puede ayudar a:

- \* Reducir o minimizar sus gastos de bolsillo utilizando todos los seguros disponibles
- \* Controlar el costo médico legítimo del Fondo de Salud
- \* Asegurar que las contribuciones hechas al Fondo de Salud sean utilizadas apropiadamente

**El incumplimiento de no proporcionar a la Oficina de Fondos con la información de seguro correcta, causando que el Fondo le pague beneficios erróneamente a usted o sus dependientes, resultará en un sobrepago. Usted entonces será requerido a reembolsar al Fondo el monto total y el Fondo tendrá derecho a recuperar dichos beneficios. Si usted o sus dependientes se niegan a reembolsar al Fondo el monto de un sobrepago, esto será considerado una violación del acuerdo entre usted y el Fondo, y el Fondo se reserva el derecho de cancelar o anular la cobertura del Fondo de cualquier Participante o Dependiente. El Fondo también, puede recuperar cualquier sobrepago o beneficios por adelantado, iniciando acción legal en contra de las partes por los cuales los beneficios fueron pagados.**

Para evitar cualquiera de estas repercusiones, le pedimos que usted complete todas las secciones del cuestionario adjunto, ya que éste le aplica a usted y a sus dependientes dentro de su póliza, firme y retorne en el sobre adjunto dentro de 14 días.

**El incumplimiento de no proporcionar esta información puede resultar en el rechazo de reclamos para usted o sus dependientes.**

**Todas las páginas deben ser retornadas.**

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor no dude en llamar:

A la Oficina de Fondos de Hauppauge al 631-952-9700 o 1-877-372-3236, escoja la opción 2 y uno de los Representantes del Departamento de Salud le asistirá.

Gracias anticipadas por su cooperación.

Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte  
Fondos de Beneficios de Salud

**Continúa en la página siguiente**



Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte  
Fondos de Beneficios de Salud

Oficina de Long Island  
270 Motor Pkwy  
Hauppauge, NY 11788-5150  
Phone: (631) 952-9700  
Toll Free: 1(877) 372-3236  
Fax: (631) 952-9813  
[www.carpentersfund.org](http://www.carpentersfund.org)

**Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte**  
**Fondos de Beneficios de Salud**

270 Motor Parkway, Hauppauge, NY 11788-5150  
Teléfono: (631) 952-9700 Fax: (631) 952-9813

**COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

**Por favor complete este formulario con OTRA información de seguro (si es aplicable) así como la del Fondo de Beneficios de Salud para Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte.**

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Sindicato Local#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Nombre del Esposo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Esposo(a)#: \_\_\_\_\_

¿Está su Esposo(a) Empleado(a)?  Sí  No Fecha de Inicio de Empleo: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador del Esposo(a): \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador del Esposo(a): \_\_\_\_\_

Si está empleado(a), ¿Se le ofreció Seguro de Salud?  Sí  No

La Cobertura de Salud es pagada por:  El Empleador  El Empleado

¿Están su Esposo(a) o Dependientes asegurados?  Sí  No

Si su respuesta es Sí, Por Favor proporcione **Otra información de Seguro de Salud** (Incluyendo Medicaid) así como la del Fondo de Beneficios de Salud para Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte.

Nombre de la Aseguradora de Seguro de Salud: \_\_\_\_\_

Dirección de la Aseguradora de Seguro de Salud: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Aseguradora: \_\_\_\_\_ Número de Póliza #: \_\_\_\_\_ Número de Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Poseedor de la Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva de la Póliza (**Mandatorio**): \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación (Si es aplicable): \_\_\_\_\_

Tipo de Póliza:  Soltero(a)  Familiar (Liste los dependientes, incluyendo Esposo(a)/ Miembro)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALCANCE DE COBERTURA:** (Encierre con un círculo las categorías cubiertas por Otro Seguro Médico):

HOSPITAL VISITAS DE OFICINA CIRUGIA X-RAY APARATO DEL OIDO MEDICINA ESPECIALIZADA  
QUIIROPRÁCTICO TERAPIA FÍSICA / OCUPACIONAL / TERAPIA DEL HABLA SALUD MENTAL



Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte  
Fondos de Beneficios de Salud

Oficina de Long Island  
270 Motor Pkwy  
Hauppauge, NY 11788-5150  
Phone: (631) 952-9700  
Toll Free: 1(877) 372-3236  
Fax: (631) 952-9813  
[www.carpentersfund.org](http://www.carpentersfund.org)

¿Esta Cobertura de Salud, cubre también beneficios médicos fuera de la red?  Sí  No

Nombre de la Aseguradora Médica Fuera de la Red: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de la Aseguradora: \_\_\_\_\_ Número de Póliza#: \_\_\_\_\_ Número de Grupo# \_\_\_\_\_

Nombre del Poseedor de la Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva de la Póliza (Mandatorio): \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación (Si es aplicable): \_\_\_\_\_

Tipo de Póliza:  Soltero(a)  Familiar (Liste los dependientes, incluyendo Esposo(a)/ Miembro)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Está usted u otro miembro de su familia inscrito en cualquier **OTRO Programa Dental**?  Sí  No  
Si su respuesta es Sí, (incluyendo Medicaid) Por Favor complete la sección siguiente:

Nombre de la Aseguradora Dental: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de la Aseguradora: \_\_\_\_\_ Número de Póliza#: \_\_\_\_\_ Número de Grupo# \_\_\_\_\_

Nombre del Poseedor de la Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva de la Póliza (Mandatorio): \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación (Si es aplicable): \_\_\_\_\_

Tipo de Póliza:  Soltero(a)  Familiar (Liste los dependientes, incluyendo Esposo(a)/ Miembro)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Está usted u otro miembro de su familia inscrito en cualquier **OTRO Programa de Visión**?  Sí  No  
Si su respuesta es Sí, (incluyendo Medicaid) Por Favor complete la sección siguiente:

Nombre de la Aseguradora Dental: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de la Aseguradora: \_\_\_\_\_ Número de Póliza#: \_\_\_\_\_ Número de Grupo# \_\_\_\_\_

Nombre del Poseedor de la Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva de la Póliza (Mandatorio): \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación (Si es aplicable): \_\_\_\_\_

Tipo de Póliza:  Soltero(a)  Familiar (Liste los dependientes, incluyendo Esposo(a)/ Miembro)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte  
Fondos de Beneficios de Salud

Oficina de Long Island  
270 Motor Pkwy  
Hauppauge, NY 11788-5150  
Phone: (631) 952-9700  
Toll Free: 1(877) 372-3236  
Fax: (631) 952-9813  
[www.carpentersfund.org](http://www.carpentersfund.org)

¿Está usted u otro miembro de su familia inscrito en cualquier **OTRO Programa de Prescripción**?  Sí  No  
Si su respuesta es Sí, (incluyendo Medicaid) Por Favor complete la sección siguiente:

Nombre de la Aseguradora Dental: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de la Aseguradora: \_\_\_\_\_ Número de Póliza#: \_\_\_\_\_ Número de Grupo# \_\_\_\_\_

Nombre del Poseedor de la Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva de la Póliza (Mandatorio): \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación (Si es aplicable): \_\_\_\_\_

Tipo de Póliza:  Soltero(a)  Familiar (Liste los dependientes, incluyendo Esposo(a)/ Miembro)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si la cobertura es proporcionada por el Hijo o Hijos dependientes de quienes los padres biológicos están divorciados, separados o nunca estuvieron casados, es necesario adjuntar una copia del Acta de la Corte que identifique cual padre o madre es responsable de proveer cobertura de salud. Si el Acta de la Corte no especifica quién es responsable, entonces será necesario adjuntar una copia del Acuerdo de Custodia del Hijo o Hijos dependientes. Si usted nos ha proporcionado anteriormente el Acta de la Corte, usted no necesita proporcionarla nuevamente.

¿Está usted o su Esposo(a), o algún otro dependiente elegible para **Medicare**?  Sí  No

Si su respuesta es Sí, (**Adjunte una copia de su Tarjeta de Medicare**)

Razón de la cobertura de Medicare– Seleccione todas las que apliquen:

Edad sobre 65 años  Discapacitado Por Favor indique el Número de ID# de Medicare: \_\_\_\_\_

¿Está usted o su Esposo(a) inscrito en cualquier **otra** Cuenta de Ahorros de Salud (**HSA**), Cuenta de Reembolso de Salud (**HRA**) o Cuenta de Ahorros Federal (**FSA**)?  Sí  No Si su respuesta es Sí, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Yo Certifico, que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta y Yo Acepto, a notificar al Fondo por escrito inmediatamente si cualquier información proporcionada cambia. Yo Entiendo, que el propósito de esta información es para asegurar la Coordinación apropiada de Beneficios de todos los Planes. Yo también Acepto, a indemnizar al Fondo y sus Fideicomisarios de cualquier pérdida causada por las declaraciones erróneas proporcionadas en este documento.**

Firma del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Esposo(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_