

# NATIONAL ORGANIZATION OF INDUSTRIAL TRADE UNIONS INSURANCE TRUST FUND

148-06 HILLSIDE AVENUE • JAMAICA, NY 11435 • (718) 291-3434



**PARA:** TODOS LOS PARTICIPANTES DEL PLAN DE [INSERT SHOP NAME]  
**DE:** LA JUNTA DE FIDEICOMISARIOS (LOS “FIDEICOMISARIOS”) DEL  
NOITU INSURANCE TRUST FUND (EL “FONDO”)  
**ASUNTO:** REINSCRIPCIÓN  
**FECHA:**

---

Según instrucciones recibidas de los Fideicomisarios del Fondo, la siguiente información relativa a usted y a sus dependientes elegibles es requerida para administrar sus beneficios de conformidad con los términos del Plan. La información que nos proporcione se mantendrá confidencial de conformidad con la Ley de Privacidad y Portabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) y con todas las leyes aplicables; ésta solo será usada por el personal del Fondo cuando sea apropiado o lo requiera la ley.

Por favor llene el formulario al reverso de esta página en su totalidad y devuélvalo a la oficina del Fondo, firmado y con sus iniciales, dentro de 30 días de la fecha de esta carta. Para su comodidad, se ha incluido además una tarjeta para cambio de beneficiario y un sobre con dirección impresa. Si no llena estos formularios, sus pagos futuros de beneficios podrían verse afectados.

Le agradecemos de antemano por su cooperación. Si tiene preguntas a este respecto, contacte al Departamento de Servicios a los Empleados de la oficina del Fondo al (718) 291-3434.

**Información personal (escriba en letra de imprenta claramente)**

Nombre completo:

\_\_\_\_\_  
*Apellido* *Nombre* *Inicial*

Dirección:

\_\_\_\_\_  
*Calle* *Apartamento/unidad #*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad* *Estado* *Código postal*

Teléfono en casa: (     )                      Teléfono móvil: (     )

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ SS#/Alt.ID# \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: MM / DD / AAAA \*Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado legalmente

\*Si está divorciado o separado legalmente, deberá adjuntar una copia de la orden judicial, en caso no se haya adjuntado anteriormente.

*INICIALES DEL MIEMBRO* \_\_\_\_\_

**Información sobre los dependientes (escriba en letra de imprenta claramente)**

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Nombre de sus hijos \_\_\_\_\_

*INICIALES DEL MIEMBRO* \_\_\_\_\_

**Información sobre otra cobertura (escriba en letra de imprenta claramente)**

¿Esta usted cubierto bajo otra póliza de seguro de salud, incluido Medicare, aparte de su Plan BlueCross a través del NOITU Insurance Trust Fund?

Sí  No

Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_

Dirección de la aseguradora \_\_\_\_\_

No. de teléfono de la aseguradora \_\_\_\_\_

No. de póliza de seguro \_\_\_\_\_

Persona(s) cubierta(s) por esta aseguradora \_\_\_\_\_

Fecha de cobertura efectiva \_\_\_\_\_

¿Está alguno de sus dependientes cubierto bajo alguna otra póliza de seguro de salud no mencionada anteriormente? Sí  No

Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_

Dirección de la aseguradora \_\_\_\_\_

No. de teléfono de la aseguradora \_\_\_\_\_

No. de póliza de seguro \_\_\_\_\_

Persona(s) cubierta(s) por esta aseguradora \_\_\_\_\_

Fecha de cobertura efectiva \_\_\_\_\_

*INICIALES DEL MIEMBRO* \_\_\_\_\_

*Entiendo que llenar este formulario con datos falsos, inexactos o engañosos constituye una violación de las reglas del Fondo y dará como resultado la denegación de reclamaciones futuras; procesos judiciales de cobranza o litigios para recuperar los pagos efectuados a usted o en su nombre; y multas, las que podrán incluir la suspensión o descalificación permanente de su afiliación al Fondo.*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MIEMBRO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN IMPRENTA DEL MIEMBRO