

H.E.R.E.I.U. Welfare Fund

Claim Data Sheet

Return To:
 H.E.R.E.I.U. Welfare Fund
 P.O. Box 6020
 Aurora, IL 60598-0020

Part 1: Always Complete

Employee's Name Last First MI			Social Security Number	Date of Birth
Employee's Address Street City State Zip				Telephone Number ()
Employer's Name	Employee Occupation or Job Title	If You Have Another Employer, Give Their Name, Address & Phone No.		
Patient's Name	Date of Birth	Sex	Is Patient Eligible for Medicare Benefits?	
Condition Being Treated			Date of First Treatment	

Part 2: Complete if claim is due to an accident or injury

NOTE: Your Plan does NOT cover or pay benefits for job-related conditions. ALWAYS report job-related accidents and injuries to your employer IMMEDIATELY.

HOW did accident or injury happen? _____

WHERE did accident or injury happen? _____

WHEN did accident or injury happen? _____

Was a police report filed? []Yes []No If Yes, where? _____

Part 3: Complete if you are married

Spouse's Name Last First MI			Spouse's Social Security No.	Spouse's Date of Birth
Is Spouse Employed? [<input type="checkbox"/>]Yes [<input type="checkbox"/>]No If Yes, Employer Name & Address		Name, Address & Policy No. of Spouse's Group Health Benefit Administrator		

Part 4: Complete if claim is for a dependent other than your spouse

Dependent's Full Name Last First MI			Relationship	Dependent Social Security No.	Is Dependent Employed? [<input type="checkbox"/>]Yes [<input type="checkbox"/>]No
Is this dependent covered by any other health insurance? [<input type="checkbox"/>]Yes [<input type="checkbox"/>]No If Yes, provide name, address & policy number of Benefit Administrator.					
If Dependent Child is over age 19, indicate: [<input type="checkbox"/>]Handicapped [<input type="checkbox"/>]Full-time Student [<input type="checkbox"/>]Part-time Student For students over 19, provide name of school and phone no. of school registrar below, or attach proof of student status.					

Part 5: Always Complete – Certification and Authorization

I hereby certify that the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief. I authorize any medical professional, hospital, medical care institution, pharmacy, government agency, insurance company, employer, or benefit plan administrator to provide H.E.R.E.I.U. Welfare Fund or any agent, attorney, consumer reporting agency, or independent administrator acting on its behalf, with any information concerning the medical advice, care or treatment provided the patient, and any employment related information. I understand that such information will be used to evaluate my claim for benefits and that I, or my representative, will receive a copy of this authorization upon request. A photocopy of this form shall be as effective and valid as the original.

Signed _____ Date _____

Fondo de Bienestar **H.E.R.E.I.U.**
Hoja de Datos para la Reclamación

Remitir:
 H.E.R.E.I.U. Welfare Fund
 P.O. Box 6020
 Aurora, IL 60598-0020

Parte 1: Complete siempre esta sección

Nombre del empleado			Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____					
Dirección del empleado				Número telefónico	
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____				()	
Nombre de la compañía dónde trabaja		Empleado Ocupación o título de su empleo		Si tiene otro trabajo, indique el nombre, dirección y el número telefónico	
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	Sexo	¿El paciente tiene derecho a los beneficios de Medicare?	
Enfermedad por la cual recibe tratamiento				Fecha del primer tratamiento	

Parte 2: Complete esta parte si la reclamación se debe a un accidente o lesión

NOTA: Su Plan NO CUBRE ni paga beneficios por accidentes o lesiones relacionados al trabajo, reporte siempre DE INMEDIATO los accidentes y lesiones relacionados con el trabajo.

¿CÓMO ocurrió el accidente o la lesión? _____

¿DÓNDE ocurrió el accidente o la lesión? _____

¿CUÁNDO ocurrió el accidente o la lesión? _____

¿Se reportó a la policía? [] Sí [] No ¿Dónde? _____

Parte 3: Complete esta parte si usted está casado(a)

Nombre del cónyuge			Número de Seguro Social del cónyuge		Fecha de nacimiento del cónyuge
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____					
¿Su cónyuge tiene empleo? [] Sí [] No			Nombre, Dirección y Número de Póliza del Administrador de Beneficios		
Si la respuesta es "sí", indique el nombre y dirección del patrón			Médicos Colectivos del Cónyuge		

Parte 4: Complete esta parte si su reclamación es para un dependiente suyo, aparte de su cónyuge

Nombre completo del dependiente			Parentesco	Número de Seguro Social del dependiente.	¿El dependiente tiene empleo? [] Sí [] No
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____					
¿Este dependiente tiene cobertura con otro seguro médico? [] Sí [] No					
Si la respuesta es "sí", indique el nombre, domicilio y número de póliza del Administrador de beneficios					
Si su dependiente tiene es mayor 19 años de edad, indique: [] Incapacitado [] Estudiante tiempo completo [] Estudiante tiempo parcial					
Para estudiantes mayores de 19 años, indique abajo el nombre y el número telefónico del departamento de admisiones de la escuela, o anexe una prueba del estado estudiantil.					

Parte 5: Complete siempre esta sección – Certificación y autorización

Por la presente certifico que las afirmaciones anteriores son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Autorizo a cualquier profesional de la medicina, hospital, institución médica, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, patrón o administrador del plan de beneficios a dar al Fondo de Bienestar H.E.R.E.I.U. o a cualquier agente, abogado, agencia de informes sobre consumidores o administrador independiente que actúe en su nombre cualquier información con respecto a las recomendaciones médicas, la atención o el tratamiento suministrado al paciente y cualquier información relacionada con el empleo. Comprendo que dicha información será usada para evaluar mi reclamación de beneficios y que a petición yo o mi representante recibiremos una copia de esta autorización. Una fotocopia de este formulario tendrá tanto valor y validez como el original.

Firma _____ Fecha _____