



**FONDO FIDUCIARIO DE SALUD Y BIENESTAR LOCAL 725**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN E INFORMACIÓN VITAL**

**favor, imprime o escribe claramente tu información**

|  |          |  |
|--|----------|--|
| Primera  | Medio    | Última   |
| Dirección  |          | Seguridad Social #   |
| Ciudad, Estado, ZIP  |          | UA #   |
| Fecha de nacimiento  | Teléfono | Teléfono móvil   |
| Dirección de correo electrónico  |          | Fecha de contratación  |
| Estado actual del trabajo [ ] Activo [ ] Retirado [ ] Incapacitado [ ] COBRA |          | Empleador  |
| Estado civil [ ] Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Viuda    |          | Fecha de matrimonio/divorcio   |
| ¿Cambio de estado civil en el último año? [ ] SÍ [ ] NO                      |          | Debe informar a Servicios de Beneficios en un plazo de 30 días desde |

**Solicitud de cobertura para cónyuges y dependientes\***

\*Por favor, complete las siguientes dos (2) secciones para PROPORCIONAR COBERTURA a su cónyuge y a sus dependientes menores de 26 años; si va a añadir un dependiente por primera vez, deberá presentar documentos adicionales como el certificado de nacimiento. Si no estás proporcionando cobertura a tu cónyuge o dependiente, puedes saltarte estas dos (2) siguientes secciones.

**Información sobre el cónyuge**

|                     |                    |                                 |
|---------------------|--------------------|---------------------------------|
| Primera             | Medio              | Última                          |
| Fecha de nacimiento | Seguridad Social # | Reclamación de Medicare #       |
| Dirección           |                    | Teléfono                        |
| Ciudad, Estado, ZIP |                    | Dirección de correo electrónico |

**Información sobre dependientes**

| Nombre | Relación con Mbr | Género | Fecha de nacimiento | Seguridad Social # | Reclamación de Medicare # |
|--------|------------------|--------|---------------------|--------------------|---------------------------|
|        |                  |        |                     |                    |                           |
|        |                  |        |                     |                    |                           |
|        |                  |        |                     |                    |                           |
|        |                  |        |                     |                    |                           |

(Usa papel adicional para más dependientes)

**Otra consulta de seguro para la coordinación de cobertura\*\***

\*\*Por favor, complete esta parte del formulario si usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes tiene otra cobertura de seguro en la que participa, o si ha habido algún cambio en la otra cobertura de seguro

|  |                   |                                |
|--|-------------------|--------------------------------|
| Nombre de la persona asegurada                     |                   |                                |
| Relación con el miembro                            |                   | Fecha de nacimiento            |
| Compañía de seguros                                |                   | Teléfono                       |
| Política #   | Fecha de vigencia | Fecha de finalización          |
| Tipo de cobertura [ ] Médica [ ] Receta [ ] Dental |                   | Proporcionado por el empleador |
| Lista de quiénes están cubiertos por otros seguros |                   |                                |

La información anterior es verdadera y precisa según mi mejor conocimiento y creencia. También soy consciente de que debo notificar a Servicios de Beneficios inmediatamente si alguno de mis dependientes listados en mi cobertura se vuelve elegible para cualquier otra cobertura. Cualquier material presentado por mí o en nombre de cualquier persona elegible que contenga una alteración material o información falsificada o falsa, incluidas firmas, será rechazado. Los Síndicos se reservan el derecho de remitir dichos asuntos al Asesor Jurídico del Fondo para que tome la acción adecuada. Esto no limitará el derecho del Fondo a recuperar cualquier pérdida que sufra como resultado de dicho material en cualquier asunto.

Fecha \_\_\_\_\_ firma del miembro \_\_\_\_\_

**¡PARA!**  
**Signo y fecha**  
**Antes de enviar**