

FONDO FIDUCIARIO DE SALUD Y BIENESTAR LOCAL 725

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN E INFORMACIÓN VITAL

<i>favor, imprime o escribe claramente tu información</i>		
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 <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> COBRA		Empleador
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viuda		Fecha de matrimonio/divorcio
¿Cambio de estado civil en el último año? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> 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 _____

