

MCASF Local 725 INSCRIPCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR & FORMULARIO DE INFORMACIÓN VITAL

Información para miembros

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
Dirección		Número de Seguro Social
Ciudad, Estado, Código Postal		Número de unión
Fecha de nacimiento	Fecha de contratación	Teléfono
Dirección de correo electrónico		
Estado Civil [] Soltero [] Casado [] Divorciado [] Separado [] Viudo		Fecha del matrimonio/divorcio
Estado actual del trabajo [] Activo [] Retirado [] Deshabilitado [] COBRA		empleador

Información del cónyuge

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
Dirección		Número de Seguro Social
Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono
Fecha de nacimiento	Correo electrónico	

Información de dependientes

Nombre del niño	Relación con los miembros	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Use papel adicional para más dependientes			

Número de reclamo de Medicare

(Esto se aplica cuando un miembro, un cónyuge o un dependiente cubierto tiene 65 años o más o tiene una discapacidad de Medicare)

miembro #	esposo #	dependiente #
-----------	----------	---------------

Otra consulta de seguros

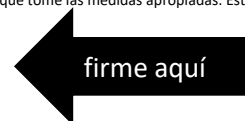
(Por favor complete esta parte del formulario si usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes tienen otra cobertura de seguro en la que participa, o si ha habido algún cambio en la otra Cobertura de seguro)

Nombre de la persona asegurada		Fecha de nacimiento
Relación con el miembro		
compañía de seguros		Teléfono
Numero de Poliza	Fecha de entrada en vigor	Fecha de Terminación
Tipo de cobertura [] Médico [] Prescripción [] Dental		Proporcionado por el empleador
Lista de quiénes están cubiertos por otro seguro		

Declaración de los miembros

La información anterior es verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento y creencia. También soy consciente del hecho de que debo notificar a la Oficina de Beneficios inmediatamente si alguno de mis dependientes que figuran en mi cobertura se convierte en elegible para cualquier otra cobertura. Cualquier material enviado por mí mismo o en nombre de cualquier persona elegible que contenga una alteración material o información falsificada o falsa, incluidas las firmas, será rechazado. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de remitir such asuntos al Asesor Legal del Fondo para que tome las medidas apropiadas. Esto no limitará el derecho del Fondo a recuperar cualquier pérdida que sufra como resultado de ese material en cualquier asunto.

Firma del miembro _____ Fecha _____



**MCASF Local 725 Inscripción de Salud y Bienestar
FORMULARIO DE ELECCIÓN DEL BENEFICIARIO**

Nombre de miembro _____ SSN _____

Dirección _____

A continuación, indique la(s) persona(s) que desea que se le nombre como beneficiario(s) de cualquier beneficio por fallecimiento a través del Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar Local 725 y MCASF.

NOTA: Si usted está legalmente casado en el momento de su muerte, la ley federal y el Fondo de Beneficios requieren que los beneficios se paguen a su cónyuge sobreviviente, a menos que su cónyuge consienta en el pago del beneficio a otra persona. Para hacer ese tipo de cambio, el Fondo de Beneficios requerirá una declaración notariada de su cónyuge – vea la parte inferior de este formulario para el consentimiento notariado de su cónyuge.

DESIGNACION de BENEFICIARIOS _____

Beneficiario primario _____ SSN _____

Porcentaje de beneficio _____ Relación _____

Dirección _____

Beneficiario primario _____ SSN _____

Porcentaje de beneficio _____ Relación _____

Dirección _____

En el caso de que su Beneficiario Principal(s) lo pre-difunta, la siguiente lista de Beneficiarios Contingentes(s) se pagará en función del porcentaje que usted indique.

Beneficiario contingente _____ SSN _____

Porcentaje de beneficio _____ Relación _____

Dirección _____

Beneficiario contingente _____ SSN _____

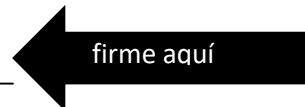
Porcentaje de beneficio _____ Relación _____

Dirección _____

(Adjuntar papel adicional si es necesario, por favor asegúrese de indicar "primario" o contingente" y -el porcentaje)

Entiendo que esta designación de beneficiario cancela cualquier designación anterior que pueda haber hecho y será efectiva cuando se reciba en la Oficina del Fondo y solo si se recibe antes de mi muerte. Además, entiendo que esta designación será cancelada si mi matrimonio actual termina y me reeje, lo que convertiría a mi cónyuge legal en el momento de mi muerte en mi nuevo beneficiario.

Firma del miembro _____ Fecha _____



CONSENTIMIENTO CONYUGAL DE LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO ALTERNATIVO COMO ANOTADO ARRIBA _____

Por la presente doy mi consentimiento para que mi cónyuge designe al beneficiario anterior para los beneficios por fallecimiento pagaderos a través del Fondo de Beneficios. Entiendo completamente que al firmar a continuación, no seré elegible para Recibir de los beneficios pagaderos en nombre de mi cónyuge en caso de su muerte.

Firma del cónyuge _____

Fecha _____

<p>Subscribe to and sworn to before me, this _____ day of _____, 20_____ Notary Public Signature _____ County of _____ State of _____ My Commission expires _____</p>
