



# Chicago & Vicinity Laborers' District Council

Health & Welfare Fund • Retiree Health & Welfare Fund

# LiUNA!

Feel the Power

11465 W. Cermak Road, Westchester, IL 60154-5768 | [www.chicagolaborersfunds.com](http://www.chicagolaborersfunds.com)

Toll Free: (866) 906-0200 • Telephone: (708) 562-0200 7 ) 562-0716 - | | hlp .com

## DWULETNI FORMULARZ OŚWIADCZENIA I FORMULARZ RELEUTRAE[ IN[

OTRZYMANIE NINIEJSZEGO FORMULARZA NIE GWARANTUJE UPRAWNIENIA DO ŚWIADCZENIA  
Nłgy {rg6lpg vgi o loto vwt|c y ec6 eko o g uroy of oy c or» plglpg y | cr 6elg tcej wpm y o gf {el p{ej}.

### 1. INFORMACJE O UCZESTNIKU

Imię i Nazwisko : \_\_\_\_\_

Numer Social Security: \_\_\_\_\_ P wo er "K "Uczestnika: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ O kcsqj: \_\_\_\_\_ Ucp: \_\_\_\_\_ Mqd'r qe| vqy { : \_\_\_\_\_

F c w'wrqd| epk: \_\_\_\_\_ Telehp'dqo qy { : \_\_\_\_\_ Telehp'hqo »rmqy { : \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ aaaaaaaaaa \_\_\_\_\_ ""Nwmet"Local Uniqp: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Na| y a'r taeqf ay e { : \_\_\_\_\_ Telehp'r taeqf ay e { : \_\_\_\_\_

Adres pracodawcy: \_\_\_\_\_ Miasto: \_\_\_\_\_ Utap: \_\_\_\_\_ Mod poc| towy: \_\_\_\_\_

Rteletqy ap{ "l | {m "api ieluni j iu| r a uni r qluni

Uap'e{y ilp{ : **Wolny**      **Żonaty**      **w separacji**      **Rozwiedziony**      **Wdowa/Wdowiec**

### 2. INFORMACJE O WSPÓLMAŁŻONKU

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_ Drugie Imię: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Telefon domowy: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_

Czy twój małżonek jest zatrudniony? Tak      Nie      Data rozpocz cia zatrud pigpia: \_\_\_\_\_

Nazy a pracof ay c { : \_\_\_\_\_ a\_Vgrhōp pracof ay c { : \_\_\_\_\_ aaa \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

### 3. INNE INFORMACJE DOTYCZ CE UBEZPIECZENIA DLA CIEBIE, MAŁ ONKA LUB DZIECI POZOSTAŁYCH NA UTRZYMANIU

Czy Vy, Vwój mał onek lub dzieci pozostaj ce na utrzymaniu jeste cie ubezpieczeni w innym planie szpitalnym nwd medycznym,

Medicare\* lub Tricare? **Tcn**      **Nlg**      **Je li Tak, podaj pełne informacje o firmie ude| piec| enioy ej lud planie:**

Firma ubezpieczeniowa, ubezpieczyciel lub nazwa planu: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Numer polisy: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Główny ubezpieczony: \_\_\_\_\_ Numer K i łównei o ubezpieczonei o: \_\_\_\_\_

Ezłonnowie tof ziny obl ci innyo ubezpieczenieo . Zaznacz wszystkie, które maj zastosowanie< ja      małżonek      dzieci

\*Je li Ty lub Twój współmał onek kwalifikujecie si do Medicare, musicie dostarczy do Biura Funduszu kopie swoich kart Medicare podczas składania tei o formularza0

**4. KWALIFIKUJ CE SI DZIECI / PASIERBOWIE POZOSVAJ C[ PA UVRZ[ O APIU**

Io kpc kNc  y knc uprawnionych osób na utrzymaniu			Data urodzenia			Pokrewieństwo	
Nazwisko	Imię	Inicjał	Miesiąc	Dzień	Rok	Dziecko	Pasierb

Podpis uczestnika: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Podpis współmał onka: \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_

**5. W przypadku zmiany istniejącego beneficjenta uzupełnij poniższe oznaczenie beneficjenta. Jeżeli na liście znajdują się więcej niż czterech beneficjentów, dodaj dodatkowych beneficjentów w nowym formularzu Zmiany Oznaczenia Beneficjenta. Pamiętaj, aby podpisać i opatrzyć datką każdy oddzielny formularz.**

**Wpisz pełne Imię i Nazwisko beneficjenta, jego powiązanie z Tobą oraz adres, jeśli jest inny niż wnioskodawcy.**

A. Imię i Nazwisko < \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

B. Imię i Nazwisko < \_\_\_\_\_ SUN: \_\_\_\_\_ Roktgwig swo: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

C. Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

D. Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Jeżeli wskazany zostanie więcej niż jeden beneficjent, rozliczenie zostanie dokonane w równych częściach na rzecz pozostałych przy życiu beneficjentów w chwili śmierci ubezpieczonego. Chyba, że wskazano inaczej!**

**Procent Beneficjenta A: \_\_\_\_\_ % Procent Beneficjenta B: \_\_\_\_\_ %**

**Procent Beneficjenta C: \_\_\_\_\_ % Procent Beneficjenta D: \_\_\_\_\_ %**

Podpis uczestnika < aaaaa \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Falszem jest wypełnianie tego formularza informacjami o których nie wiesz. Jeśli świadomie lub nieświadomie podasz fałszywe lub wiadome pomijanie ważnych faktów, a taki czyn może zostać nałożone sankcje karne i/lub cywilne. Jeśli którakolwiek z powyższych informacji jest nieprawdziwa, zgadzam się zwrócić Health and Welfare Department of the Construction and General Laborers' District Council of Chicago and Vicinity wszelkie kwoty pieniężne, do których został nakłoniony w wyniku dostarczonych przez mnie informacji.