



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

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

FORMULARIO PARA LOS DEPENDIENTES MAYORES DE 19 AÑOS

LA ENTREGA DE ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA LA ELIGIBILIDAD PARA BENEFICIOS
El no completar este formulario en su totalidad, puede resultar en retrasos en el pago de los reclamos.

1. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ Número de Identificación Alternativo: _____

2. INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

Nombre: _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ ¿Está usted empleado? Sí No

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____ Fecha de Inicio del Empleo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono del Empleador: _____

Estado Civil: **Soltero(a):** **Casado(a):** **Separado(a):** **Divorciado(a):** **Viudo(a):**

3. INFORMACIÓN DEL ESPOSO/ESPOSA DEL DEPENDIENTE, EN CASO DE ESTAR CASADO

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ ¿Está su esposo/esposa empleado? Sí No

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____ Fecha de Inicio del Empleo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono del Empleador: _____

4. INFORMACIÓN SOBRE OTRO SEGURO MÉDICO PROPIO O DEL ESPOSO/ESPOSA

¿Está usted o su esposo/(a) asegurado bajo algún otro plan médico o hospitalario, Medicare* o Tricare? **SÍ** **NO**

En caso de que sí, proporcione información completa sobre la compañía del seguro médico, el asegurador o el plan médico:

Nombre de la Compañía de Seguros o del Plan: _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Póliza: _____ Número de Teléfono: _____

Asegurado principal: _____ Número de identificación del asegurado principal: _____

Miembros de la familia cubiertos por otro seguro. Marque todo lo que corresponda: Padre/Madre Yo Esposo/Esposa

*Si usted o su esposo/a tienen derecho a Medicare, deben facilitar a la Oficina del Fondo una copia de su(s) tarjeta(s) de Medicare al presentar este formulario.

Es un fraude completar esta forma con información que usted sabe que es falsa u omitir a propósito hechos importantes. Castigo criminal o civil puede resultar por este acto. Si alguna de la información anterior es falsa, me comprometo a reembolsar al Departamento de Salud y Bienestar de la Construcción y a General Laborers' District Council of Chicago and Vicinity cualquier suma de dinero que se haya visto obligado a pagar como resultado de la información que proporcioné.

Firma del Dependiente

Date

Firma del esposo(a) (si está casado)

Date