



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

FORMA DE RECLAMO BIENAL Y FORMA DE REGISTRO

LA ENTREGA DE ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA EL BENEFICIO DE LA ELEGIBILIDAD
Si no completa esta forma en su totalidad, puede retrasarse el pago de sus reclamos.

1. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ No. de Seguro Social: _____

No. de Identificación Alternativo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____

Correro Electrónico: _____ No. de Local en la Unión: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

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

Idioma Preferido: Inglés Español Polaco

Estado Civil: **Soltero/a** **Casado/a** **Separado/a** **Divorciado/a** **Viudo/a**

2. INFORMACIÓN DEL ESPOSO/A

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____

¿Trabaja su esposo/a? Sí No Fecha de Empleo: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

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

3. OTRA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO PROPIO, DEL ESPOSO/A O DE LOS DEPENDIENTES

¿Usted, su esposo/a o los dependientes están asegurados en algún otro plan hospitalario o médico de grupo, Medicare* o Tricare?

Sí **No** En caso de que sí, proporcione información completa sobre la compañía de seguros, el asegurador o el plan:

Nombre de la Compañía, de Seguros o del Plan: _____

Dirección: _____ No. de Póliza: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ No. de Teléfono: _____

Asegurado principal: _____ No. de identificación del asegurado principal: _____

Miembros de la familia cubiertos por otro seguro. Marque todo lo que corresponda: Yo Esposo/a Hijo/a

*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.

4. DEPENDIENTES ELEGIBLES HIJO/A / HIJASTRO/A

Nombre del Dependiente Elegible			Fecha de Nacimiento			Relación	
Apellido	Nombre	Inicial	Mes	Día	Año	Hijo/a	Hijastro/a

Firma del Participante: _____ Fecha de la Firma: _____

Firma del Esposo/a: _____ Fecha de la Firma: _____

5. Complete la Designación de Beneficiarios que figura a continuación si desea cambiar un beneficiario existente. Si incluye a más de cuatro beneficiarios, añada los beneficiarios adicionales en una nueva Forma de Cambio de Designación de Beneficiarios. Asegúrese de firmar y colocar la fecha de cada forma por separado.

Escriba el nombre completo del beneficiario, junto con su relación con usted, y su dirección, si es diferente de la del solicitante.

A. Nombre: _____ No. de Seguro Social: _____ Relación: _____

Dirección: _____

B. Nombre: _____ No. de Seguro Social: _____ Relación: _____

Dirección: _____

C. Nombre: _____ No. de Seguro Social: _____ Relación: _____

Dirección: _____

D. Nombre: _____ No. de Seguro Social: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Si se designa a más de un beneficiario, la compensación se hará en partes iguales a los beneficiarios supervivientes en el momento del fallecimiento del asegurado, a menos que se indique lo contrario en el presente documento.

Porcentaje del Beneficiario A: _____%

Porcentaje del Beneficiario B: _____%

Porcentaje del Beneficiario C: _____%

Porcentaje del Beneficiario D: _____%

Firma del Participante: _____ Fecha de la Firma: _____

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.