

LABORERS' NATIONAL HEALTH AND WELFARE FUND

5565 Sterrett Place, Suite 210
Columbia, MD 21044
800-235-5805

INSCRIPCIÓN ANUAL / COORDINACIÓN DE BENEFICIOS Y DECLARACIÓN DEL ESTATUS DE DEPENDIENTES PARA

Los participantes en el Laborers' National Health And Welfare Fund deben completar esta forma en su totalidad. Al recibirse esta forma completa se considerará el pago de reclamaciones pendientes o futuras. Las reclamaciones no serán pagadas si esta forma no se encuentra en los archivos de la oficina del Fondo.

INFORMACIÓN BÁSICA PARA LA INSCRIPCIÓN DEL PARTICIPANTE

(Mecanografiar o usar letra de molde)

Nombre de participante _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial)

Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Sexo: _____ No. de Seg. Soc.: _____ No. de teléfono: _____ Local sindical # _____

ESTADO CIVIL (Encierre en un círculo): Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

CERTIFICACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES

¿Trata de obtener cobertura para alguno de sus dependientes bajo este Plan? Sí No

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE, DEBE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES APLICABLES EN ESTA FORMA:

➤ INFORMACIÓN ACERCA DEL CÓNYUGE

Nombre: _____ No. del Seg. Soc.: _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Fecha del matrimonio: _____

Nombre del empleador: _____ Domicilio: _____

➤ **HIJOS(AS)** Liste a continuación los nombres de sus hijos dependientes solteros de menos de 19 años de edad o de 23, si son estudiantes de tiempo completo en una escuela, y que dependen de usted para su manutención:

Nombre (Primer nombre, Apellido)	Fecha de nacimiento	# del Seg. Soc.	Parentesco

SI HAN OCURRIDO CAMBIOS APLICABLES, ADJUNTE COPIA DEL CERTIFICADO DE MATRIMONIO, EL ACTA DE NACIMIENTO DEL HIJO Y PRUEBA DE QUE ES UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO

*****SEGURO DE VIDA** - **DESIGNACIÓN DEL(LOS) BENEFICIARIO(S) ****

A continuación aparece el nombre de la(s) persona(s) que designo como mi(s) beneficiario(s) para que reciba(n) los beneficios pagaderos por el Laborers' National Health And Welfare Fund en caso de mi fallecimiento:

Nombre: _____ # del Seg. Soc.: _____ Parentesco: _____ Fecha nac.: _____

Nombre: _____ # del Seg. Soc.: _____ Parentesco: _____ Fecha nac.: _____

Domicilio: _____

CERTIFICACIÓN EN RELACIÓN CON COBERTURA DE SEGURO SECUNDARIO

Además de su cobertura bajo el Laborers' National Health And Welfare Fund, ¿está usted, su cónyuge o sus hijos dependientes cubiertos bajo otro plan de seguro médico? Esto incluye Medicare, Blue Cross-Blue Shield, Planes de HMO y de PPO, etc.

_____ Sí _____ No

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE, DEBE PROPORCIONAR TODA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

OTRO SEGURO MÉDICO (Si hay varias coberturas, incluya una lista en una hoja separada)

Nombre de la persona cubierta: _____ **No. de Póliza:** _____

Relación con usted de la persona cubierta: _____

Nombre del otro plan médico: _____

Domicilio del otro plan médico: _____

Fecha de efectividad de la cobertura: _____

¿Es esta cobertura por medio de un Empleador u otro grupo? _____ Sí _____ No

Si contestó afirmativamente, incluya el nombre del Empleador o del otro grupo: _____

SERVICIOS CUBIERTOS – El otro plan medico cubre los siguientes servicios:

Beneficios médicos _____ Sí _____ No **Beneficios dentales** _____ Sí _____ No

Beneficios de la vista _____ Sí _____ No **Beneficios para surtir recetas** _____ Sí _____ No

LEA CON CUIDADO LA DECLARACIÓN SIGUIENTE Y FIRME DONDE SE INDICA

Certifico por la presente que las declaraciones antedichas son verídicas y completas a lo mejor de mi conocimiento y parecer. Entiendo que si falsifico intencionalmente cualquiera de la información antedicha, las reclamaciones médicas pueden ser negadas y puedo quedar sujeto a que Fondo entable pleito en mi contra. También entiendo que debo notificar al Fondo acerca de cualquier cambio en la información arriba mencionada dentro de un plazo de 30 días después de que ocurra dicho cambio.

Firma del miembro _____ Fecha _____ -