



905 16ST, NW  
 Washington DC 20006-1765  
 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 \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ No. de Seg. Soc.: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Local sindical # \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL (Encierre en un círculo): Casado(a) Soltero(a) Separado(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 26 años de edad 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 NACIMIENT.

**\*\*\*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 \_\_\_\_\_