

11465 CERMAK ROAD
WESTCHESTER, ILLINOIS 60154
PHONE: 708-562-0200

FORMA ANUAL DE RECLAMO

EL RECIBIR ESTA FORMA NO GARANTIZA LA ELEGIBILIDAD DE BENEFICIOS
Al no completar esta forma en su totalidad resultará en atraso del pago de sus reclamos.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

PORFAVOR INDIQUE SI USTED ESTA: **Activo (a)** o **Retirado (a)**

Nombre: _____ No. de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zona Postal: _____ No. de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ No. de Local en la Union: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

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

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre: _____ No. de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Trabaja su cónyuge? Si _____ No _____

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____ Fecha en que fue empleada (o): _____

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

INFORMACIÓN SOBRE ALGUNA OTRA ASEGURANZA MEDICA

Está usted, su cónyuge, ó sus hijos (as) asegurado bajo algún otro plan medico hospital, ó Medicare*? Si _____ No _____
Si la hay, por favor de darnos la información completa de la compañía aseguradora, compañía portadora ó plan:

Nombre de la Compañía Aseguradora, Compañía Portadora ó Nombre del Plan: _____

Dirección: _____ Número de Poliza: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre del Asegurado: _____ Número de Identificación del Asegurado: _____

Miembros de la Familia cubiertos bajo otra seguridad. Marque todos los que apliquen: Miembro _____ Cónyuge _____ Hijos (as) _____

*Si usted ó su cónyuge son elegibles para Medicare, usted tiene que proveer a esta Oficina una copia de su(s) tarjeta(s) de Medicare cuando regrese esta forma.

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES – HIJOS (AS)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____

Es un fraude llenar esta forma con información que usted sabe que es falsa o conociendo que está omitiendo hechos importantes. Castigo criminal o civil puede resultar por este acto. Si cualquiera de la información arriba es falsa, Yo estoy de acuerdo a reembolsar al Health and Welfare Department of the Construction and General Laborers' District Council of Chicago and Vicinity cualquier dinero que se haya pagado en resultado de la información que yo haya proporcionado.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____ Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____