

Formulario de Cambio de Beneficiario

Numero de Seguro social o ID de Miembro:

WISCONSIN LABORER'S HEALTH FUND
 4633 LIUNA WAY SUITE 201, DEFOREST, WI 53532
 TELEPHONE: 608-842-9102 TOLL FREE: 800-397-3373
 WEBSITE: WWW.LIUNAWISCONSIN.ORG/BEENFITS



WISCONSIN LABORERS' HEALTH FUND

Feel the Power

SOLO PARA PARTICIPANTES CON COBERTURA DE BENEFICIOS POR MURETE AL MOMENTO DE FALLECIMIENTO

Complete, firme (incluyendo la firma de un testigo) y devuelva este formulario al Fondo de Salud de los Trabajadores de Wisconsin (WLHF) si desea cambiar los beneficiarios que indica actualmente es su formulario de inscripción. Si no indica el porcentaje del beneficio, para varios beneficiarios, estos recibirán partes iguales de su beneficio por fallecimiento. Si indica "100% de los beneficios" para mas de un beneficiario, el primer beneficiario mencionado recibir el 100% del beneficio y cada beneficiario posterior tendrá derecho al pago solo si el beneficiario anterior fallece antes del participante. Antes de poder realizar el pago de un beneficio por fallecimiento a un beneficiario menor de edad, se debe proporcionar al fondo una declaración jurada del tutor de dicho menor para garantizar que el tutor tenga plena autoridad para acceder, recibir y distribuir los bienes del menor nombrado.

| | | | | | |
|---|---|---------------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------------|
| NOMBRE DE BENEFICIARIO (Apellido-nombre-Segundo Nombre) | DIRECCION COMPLETA DEL BENEFICIARIO (Ciudad, Estado, Código Postal) | NUMERO DE TELEFONO | % DE BENEFICIO | RELACION | NUMERO DE SEGURO SOCIAL |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| NOMBRE DE BENEFICIARIO (Apellido-nombre-Segundo Nombre) | DIRECCION COMPLETA DEL BENEFICIARIO (Ciudad, Estado, Código Postal) | NUMERO DE TELEFONO | % DE BENEFICIO | RELACION | NUMERO DE SEGURO SOCIAL |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| NOMBRE DE BENEFICIARIO (Apellido-nombre-Segundo Nombre) | DIRECCION COMPLETA DEL BENEFICIARIO (Ciudad, Estado, Código Postal) | NUMERO DE TELEFONO | % DE BENEFICIO | RELACION | NUMERO DE SEGURO SOCIAL |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| NOMBRE DE BENEFICIARIO (Apellido-nombre-Segundo Nombre) | DIRECCION COMPLETA DEL BENEFICIARIO (Ciudad, Estado, Código Postal) | NUMERO DE TELEFONO | % DE BENEFICIO | RELACION | NUMERO DE SEGURO SOCIAL |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| NOMBRE DE BENEFICIARIO (Apellido-nombre-Segundo Nombre) | DIRECCION COMPLETA DEL BENEFICIARIO (Ciudad, Estado, Código Postal) | NUMERO DE TELEFONO | % DE BENEFICIO | RELACION | NUMERO DE SEGURO SOCIAL |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| NOMBRE DE BENEFICIARIO (Apellido-nombre-Segundo Nombre) | DIRECCION COMPLETA DEL BENEFICIARIO (Ciudad, Estado, Código Postal) | NUMERO DE TELEFONO | % DE BENEFICIO | RELACION | NUMERO DE SEGURO SOCIAL |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Debe completarse el reverso del formulario

Al firmar este formulario, Certifico que la información proporcionada es completa y precisa a ala fecha de mi firma

Nombre del Miembro (en letra impresa)

Firma de Miembro

Fecha

Se debe completar una de las opciones a continuación, al momento de la firma del miembro, para que se acepte el formulario

Opción Uno – Notariado

El documento anterior fue firmado ante mi este _____ día de _____, 20 ____

Notario Publico

Coloque el sello del notario debajo



Mi comisión vence: _____

Opción Dos – Testigo No-Familiar

Firma de testigo

Fecha

Relación con el miembro - No debe ser pariente

Devuelva su formulario de una de las siguientes maneras

Correo:

Wisconsin Laborer's health Fund
Attn: Eligibility
4633 Liuna Way Deforest, WI 53532

Fax:

(608) 846-3192
Attn: Eliigibility

Suba a Pagina Web

Escanee el documento u guárdelo en la computadora como PDF.
Visite: www.luinawisconsin.org/benefits
Desplace hasta "Cargar documento al departamento de Eligibilidad"
Busque el PDF guardado
Subir

Correo electronico:

Eligibilitywl@benesys.com
Asunto: "Formulario de Cambio de Beneficiario"