

### CUESTIONARIO DE MIEMBROS Y DESIGNACION DE BENEFICIOS

Este formulario reemplazara cualquier tarjeta de cuestionario archivada, por lo que deberá completar todo el formulario cuando realice cualquier cambio.

#### INFORMACION DEL MIEMBRO

NOMBRE (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)				NUMERO DE SEGURO SOCIAL					
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>		CODIGO DE AREA Y NUMERO DE TELEFONO					
DIRECCION				CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO		<input type="checkbox"/> CASADO FECHA DE MATRIMONIO _____		<input type="checkbox"/> DIVORCIADO FECHA DE DIVORCIO _____		<input type="checkbox"/> PAREJA EN UNION DOMESTICADA DECLARADA FECHA DE DECLARACION DEL ESTADO _____			
¿Cuál ES SU SINDICATO LOCAL ACTUAL?		¿HA SIDO MIEMBRO DE OTRO SINDICATO LOCAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Cuál ERA EL NUMERO DEL OTRO SINDICATO LOCAL?		¿Cuándo FUE MIEMBRO DEL OTRO SINDICATO LOCAL?			

#### INFORMACION DE CONYUGE/PAREJA DOMESTICADA DELCLARADA

NOMBRE		NUMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		NUMERO DE RECLAMACION DE MEDICARE (HICN)							
¿SU CONYUGE/PAREJA DELCARADA TIENE OTRO COBERTURA SEGURO?						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		SI ES ASI, COMPLETE A CONTINUACION					
NOMBRE DE LA COMPANIA DE ASEGURANZA						CODIGO DE AREA Y NUMERO DE TELEFONO							
DIRECCION						NUMERO DE GRUPO							
I.D DEL ASEGURADO				FECHA DE VIGENCIA		TIPO DE COBERTURA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> COBERTURA INDIVIDUAL							
MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN						<input type="checkbox"/> MEDICA		<input type="checkbox"/> DENTAL		<input type="checkbox"/> VISION		<input type="checkbox"/> PRESCRIPCION	

#### INFORMACION SOBRE HIJOS DEPENDIENTES

Enumere a continuación el nombre de todos los hijos elegibles menores de 26 años. Los dependientes elegibles se definen en el documento del plan. Si el dependiente tiene un vínculo con una pareja en unión domesticada declarada u otro,

DEPENDIENTE								RELACION (marque uno)				¿VIVE USTED CON ESTE DEPENDIENTE?	
NOMBRE			NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO MES/DIA/AÑO	HIJO	HIJA	HIJASTRO	HIJASTRA	OTRO (explique)	SI	NO		
INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE	APPELLIDO												

Proporcione copias de todos los decretos judiciales (divorcio, paternidad, colocaci n de niños de acogida o adopción) que se apliquen a asuntos de custodia y/o seguros relacionados con el/los niños(s).

ESTA INFORMACION SE UTILIZARA PARA DETERMINAR EL DE ELIGIBILIDAD DE SUS DEPENDIENTES BAJO EL PLAN Y TAMBIEN LA RESPONSABILIDAD PRINCIPAL DEL SEGURO

- Si alguno de los niños registrados como dependientes no viven con usted, proporcione:

Nombre de la persona con que residen los niños \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Parentesco de la(s) persona(s) con quien(es) reside(n) el (los) niño(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

**DEBE DE COMPLETAR EL OTRO LADO DE ESTE FORMULARIO**

## INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS

**INSTRUCCIONES ESPECIALES:** Los hijos que tengan la misma cobertura pueden incluirse juntos. Si este formulario no incluye suficiente espacio para incluir a todos los dependientes y la información del otro seguro, adjunte una hoja aparte y siga el formato proporcionado. Proporcione la mayor cantidad de información posible.

¿Sus dependientes están asegurados con algún otro seguro médico diferente a la cobertura indicada en sección INFORMACION DE CONYUGE/PAREJA DOMESTICADA DELCLARADA

NO  SI, Si es así,  FAMILIAR  COBERTURA INDIVIDUAL  MEDICO  DENTAL  VISION  PRESCRIPCION

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA

FECHA DE NACIMIENTO

RELACION DEL ASEGURADO CON SU DEPENDIENTE

NOMBRE QUIEN ESTA CUBIERTO BAJA ESTA POLIZA

MEDICARE HICN

NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑIA DE SEGUROS

CODIGO DE AREA Y NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION

FECHA DE VIGENCIA

NUMERO DE GRUPO

IDENTIFICACION DE POLIZA O NUMERO DE SEGURO SOCIAL

## BENEFICIOS EN CASO DE MUERTE

NOMBRE SU BENEFICIARIO - Nombrar su beneficiario es importante y usted debe actualizar la información de su beneficiario cada vez que ocurran eventos de vida

Nombre de beneficiario No. 1 \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fondo de Pensión •  Fondo de Salud (\$12,000 Miembro Activo, \$7,000 Miembro Jubilado)  Fondo de Vacaciones ★ (Miembro Activo, si aplica)

Nombre de beneficiario No. 2 \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fondo de Pensión •  Fondo de Salud (\$12,000 Miembro Activo, \$7,000 Miembro Jubilado)  Fondo de Vacaciones ★ (Miembro Activo, si aplica)

Si nombra a más de un beneficiario para beneficio por fallecimiento específico, el beneficio se dividirá equitativamente entre no beneficiarios indicados. Adjunte una hoja aparte para los beneficiarios adicionales, utilizando el formato anterior.

MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO: - Comuníquese con la oficina del fondo o consulte la descripción resumida del plan.

● **SUJETO A LAS NORMAS DEL ELEGIBILIDAD DEL FONDO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES DE WISCONSIN Y DEL FONDO DE PENSIONES DE LOS TRABAJADORES DE WISCONSIN.** Para obtener más información sobre la pensión del área de Milwaukee, comuníquese con la oficina del FONDO DE FIDUCIARIO DE PENSIONES DE BUILDING TRADES UNITED

★ **SUJETO A LAS NORMAS DEL ELEGIBILIDAD DEL FONDO DE VACACIONES DE ORAS DE CONSTRUCCION**

## DECLARACION DEL MIEMBRO

Por la presente certifico que las declaraciones anteriores, incluyendo cualquier declaración adjunta, son, a mi leal saber y entender, verdaderas, correctas y completas. Acepto notificar inmediato por escrito a los fideicomisarios del fondo en caso de: 1) un cambio de estado civil debido a divorcio o separación legal; 2) el fallecimiento o incapacidad de una persona nombrada; 3) el nacimiento o la adopción de un hijo dependiente; 4) el cambio en la condición de dependiente de un hijo debido a la edad, el matrimonio o la independencia financiera.

He adjuntado copias de la siguiente documentación si es el necesario

Si tiene hijos dependientes:

Viven contigo .....  Certificado de Nacimiento

No viven contigo .....  Órdenes judiciales – Paternidad – Cobertura medica

Si tiene dependientes que no sean sus hijo/a

Ordenes de tutela o custodia

Colocaciones de niños en hogares de acogido o adopción

Decreto de Divorcio - primera página, página de firmas, secciones de colocación y cobertura medica

Si este divorciado y tiene hijos dependientes:

Sentencia de Divorcio – primera página, página de firmas, secciones de colocación y cobertura medica

Si tiene un niño discapacitado

Complete el formulario de niño incapacitado y proporcione el numero de reclamo de Medicare (HICN)

Si tiene una pareja domesticada declarada:

Copia de certificado de Declaración Estatal de Unión de Hecho

Si anteriormente tenia una pareja domesticada declarada:

Copia de Certificado de Terminación de la unión de Hecho

FIRMA

FECHA

**ESTE FROMULARIO DEBE SER FIRMADO Y FECHADO POR EL PARTICIPANTE**