



# PLAN MÉDICO Y DE BIENESTAR DEL FIDEICOMISO DE EMPLEADOS PINTORES

## **FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

**Fecha del evento:** \_\_\_\_\_

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

- Nueva inscripción  Añadir persona a cargo  Eliminar persona a cargo  Cambio de plan Cambio de domicilio

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_ N.º de SS: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: (        ) \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMENINO \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ FECHA DE CONTRATACIÓN: \_\_\_\_\_ SINDICATO LOCAL N.º \_\_\_\_\_

PLAN MÉDICO: (Proporcionado por)	PLAN ODONTOLÓGICO: (Proporcionado por)	PLAN OFTALMOLÓGICO: (Proporcionado por)
AETNA	CAREINGTON DENTAL **	VISION SERVICE PLAN (VSP)**

NOTA: SI AGREGA ALGUNAS PERSONAS A CARGO QUE PARTICIPAN DE MEDICARE, INCLUYA UNA COPIA DE LA CREDENCIAL DE MEDICARE.

## **PERSONAS A CARGO - (Incluido cónyuge)**

**DEBE ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN LEGAL QUE CORRESPONDE PARA AGREGAR LAS PERSONAS A SU CARGO:**

*Certificado(s) de nacimiento para hijos, acta de matrimonio para el cónyuge, documentos de adopción legal, documentos de tutela legal*

Estoy de acuerdo en notificar a la Oficina del Fideicomiso dentro de los 30 días sobre cualquier cambio en la información anterior. Además, declaro que toda la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañoso con el fin de estafar para obtener la cobertura del plan. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de beneficios.

**FIRMA DEL EMPLEADO** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

## **-AL DORSO-**

18300 Cascade Ave S, Suite 141, Tukwila, WA 98188 • P O Box 58830 • Tukwila, WA 98138  
Teléfono (206) 518-9730 • Llamada gratuita (844) 344-2721 • Fax (425) 251-1976  
[www.IUPATWesternBenefits.org](http://www.IUPATWesternBenefits.org)