



PLAN MÉDICO Y DE BIENESTAR DEL FIDEICOMISO DE EMPLEADOS PINTORES

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha del evento: _____

Fecha de entrada
en vigencia: _____

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: (_____) _____ CORREO ELECTRONICO: _____

SEXO: MASCULINO ___ FEMENINO ___ EMPLEADOR _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____

SINDICATO LOCAL N. _____

(Proporcionado por)	PLAN ODONTOLÓGICO: (Proporcionado por)	PLAN OFTALMOLÓGICO: (Proporcionado por)
AETNA	DELTA DENTAL	VISION SERVICE PLAN (VSP)**
**Los beneficios odontológicos y oftalmológicos se excluyen de los beneficios de Encargados de Manipulación de Materiales y Pintores Residenciales		

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

NOMBRE COMPLETO	N.º de SS	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	VÍNCULO
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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 engañosa 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-