



UPAT DC 57 of Western PA
 Box 99459
 Troy, MI 48099-9998
 Tel. (330)779-8865 Numero Gratuito (833)697-1294
www.IUPATDC57Benefits.org

FORMULARIO DE DATOS VITALES

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Núm. de Seguro Social: ____-____-____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: (*circule uno*) Masculino Femenino

Estado Civil: (*circule uno*) Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Fecha de Matrimonio/Divorcio/Separación: _____

Estado Actual: (*circule uno*) Activo Jubilado Incapacitado COBRA

Núm. de teléfono: (____) _____ Número Telefónico Alternativo: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Empleador _____ Fecha de Contratación: _____

Número de reclamación de Medicare: (incluyendo la(s) letra(s) que sigue(n) al número)

(Sólo se aplica cuando un miembro, cónyuge o dependiente cubierto tiene 65 años o más o está incapacitado en Medicare)

Núm. de dependiente _____

Núm. de Miembro _____ **Núm. de cónyuge** _____ **y nombre** _____

DEPENDIENTES: - Incluya al Cónyuge (*se necesitan Actas de Matrimonio/Nacimiento para añadir nuevos dependientes al plan*)

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

DATOS DEL BENEFICIARIO:

NOMBRE	RELACIÓN	FECHA NAC.	NÚM. S.S.	DIRECCIÓN/CIUDAD/CÓDIGO POSTAL	%
_____	_____	____/____/____	____-____-____	_____	_____
(Principal)					
_____	_____	____/____/____	____-____-____	_____	_____
(Secundario)					
_____	_____	____/____/____	____-____-____	_____	_____

Me comprometo a notificar a la oficina del Fondo en un plazo de 30 días cualquier cambio que se produzca en los datos anteriormente indicados. Además, declaro que todos los datos anteriores están completos y son correctos. Entiendo que la declaración de datos falsos o engañosos o la omisión de datos importantes podría ser motivo de negación de beneficios.

FIRMA DEL MIEMBRO

Fecha

(REVERSO)

DATOS SOBRE OTRO SEGURO

Por favor, complete esta parte del formulario y proporcione una prueba de otra cobertura si usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes tiene otra cobertura de seguro en la que participa, o si ha habido algún cambio en otra cobertura de seguro.

Datos Generales:

Nombre de la Persona del Otro Seguro: _____

Fecha de Nacimiento de la Persona Asegurada del Otro Seguro: _____

Relación con el Miembro: _____

Datos sobre el Otro Plan de Seguro o Programa:

Nombre de Otro Seguro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la Compañía de Seguros: (____) _____

Número de Póliza/Grupo: _____

Fecha Efectiva de la Cobertura: _____ ¿Está activo el seguro? _____

Fecha de Terminación, si aplica: _____

La cobertura es: (circule uno) Individual Familiar

Los niños están cubiertos hasta la edad de: _____

Tipo de cobertura: (circule todos los que apliquen) Médico Dental Visión Receta Médica

Liste los dependientes cubiertos: _____

Declaración de Miembro:

La información anterior es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. También soy consciente del hecho de que debo notificar inmediatamente a la oficina del Fondo en caso de que alguno de los dependientes que figuran en mi cobertura pase a ser elegible para cualquier otra cobertura.

Se rechazará cualquier material presentado por mí o en nombre de cualquier persona elegible que contenga una alteración material o información falsificada o falsa, incluidas las firmas. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de referir tales asuntos al Asesor Jurídico del Fondo para que tome las medidas adecuadas. Esto no limitará el derecho del Fondo a recuperar cualquier pérdida que sufra como resultado de dicho material en cualquier asunto.

No Tengo Ningún Otro Seguro: _____
Ponga sus Iniciales Aquí/Firme Abajo.

Firma del Miembro: _____ **Fecha:** _____