

**SOLICITUD DE PARTICIPANTE Y FORMULARIO DE BENEFICIARIO
 POR FAVOR, ENVÍE EL FORMULARIO A:
 CENTRAL PA TEAMSTERS HEALTH & WELFARE FUND
 PO BOX 15224, READING, PA 19612-5224**

CORREO ELECTRÓNICO: cashreceipts@CentralPATeamsters.com

*****IMPORTANTE : SE DEBE COMPLETAR TODO EL FORMULARIO*****

ESTE FORMULARIO REEMPLAZARÁ TODOS LOS FORMULARIOS ANTERIORES DE SOLICITUD DE SALUD Y BIENESTAR Y BENEFICIARIO.

Impresión Nombre: Último	Primero	Medio	Seguridad Social Nombre.
			Número de identificación alternative
Dirección: Calle			Fecha de nacimiento
Ciudad	Estado	Código postal	Sexo M _____ F _____

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES * Sujeto a validación de fondos*

**ENUMERAR TODOS LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES PARA FINES DE COBERTURA DE BENEFICIOS
 (CÓNYUGE E HIJOS)**

SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA TODOS LOS DEPENDIENTES ENUMERADOS

<u>PRIMERO</u>	<u>MEDIO</u>	<u>ÚLTIMO</u>	<u>RELACIÓN</u>	<u>SEGURIDAD SOCIAL NO.</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>
_____	_____	_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	_____	_____	____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Un beneficiario designado debe ser nombrado a continuación, y el participante debe firmar donde se indique.
 Se requiere información completa de la dirección para cada individuo enumerado.

BENEFICIARIO: _____ Relación: _____
 Seguro Social No.: _____ Nacimiento: _____ Primaria: _____ Alternar: _____
 Dirección del beneficiario: _____

BENEFICIARIO: _____ Relación: _____
 Seguro Social No.: _____ Nacimiento: _____ Primaria: _____ Alternar: _____
 Dirección del beneficiario: _____

BENEFICIARIO: _____ Relación: _____
 Seguro Social No.: _____ Nacimiento: _____ Primaria: _____ Alternar: _____
 Dirección del beneficiario: _____

Firma del participante: _____ Fecha de firma _____

Correo electrónico _____ Teléfono: _____

ESTO PARAM NO ES VÁLIDO SIN LA FIRMA DEL PARTICIPANTE