

**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: [cashreceiptshw@centralpateamsters.com](mailto:cashreceiptshw@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**