

Trust Fund Office
LABORERS HEALTH & WELFARE TRUST FOR SOUTHERN CALIFORNIA
 1123 Park View Drive, Suite 200 • Covina, CA 91724
 PO Box 3389 • Covina, CA 91722
 Tel 626-279-3000 • 1-800-887-5679 • Fax 626-279-3094

Fecha: _____
Mes / Día / Año

Nombre del Participante: _____

Re: Información de Otros Seguros
 xxx-xx- _____

Estimado Participante:

Bajo los términos del Plan, usted no tiene derecho a ser pagado más del 100% de sus gastos cubiertos por este plan y cualquier otro plan que provee cobertura médica, dental o para la vista para usted, su cónyuge o sus hijos dependientes elegibles.

1. ¿Tiene Usted cobertura bajo algún otro Plan de salud?	Sí	No
2. ¿Tiene su cónyuge (esposo o esposa) cobertura bajo algún otro Plan?	Sí	No
3. ¿Tiene alguno de sus hijos dependientes cobertura bajo algún otro plan de salud?	Sí	No

Por favor circule Sí o No. Si circuló No para las tres preguntas, por favor firme en la parte de abajo y devuelva esta carta en el sobre adjunto. Si circuló Sí, por favor complete la información solicitada de cada individuo que tenga otro seguro:

Nombre del Asegurado: _____ Relación _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Mes / Día / Año

Nombre del Otro Plan _____

Dirección _____

Grupo o Póliza #: _____ Medical _____ Dental _____ Fecha de vigencia: _____ / _____ / _____
Mes / Día / Año

¿Es cobertura **Familiar** o **Individual**? (Por favor, circule uno y presente una **copia** de la tarjeta del otro Seguro(s))

Nombre del Asegurado: _____ Relación _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Mes / Día / Año

Nombre del Otro Plan _____

Dirección _____

Grupo o Póliza #: _____ Fecha de vigencia: _____ / _____ / _____
Mes / Día / Año

¿Es cobertura **Familiar** o **Individual**? (Por favor, circule uno y presente una **copia** de la tarjeta del otro Seguro(s))

Por la presente, certifico que según mis mejores conocimientos y creencias que las afirmaciones anteriores son verdaderas, correctas y completas. Si esta declaración cambia de alguna manera, estoy de acuerdo en ponerme en contacto con la Oficina del Fondo del Fideicomiso inmediatamente.

Firma del participante (Miembro del Plan).

Mes Día Año

Cualquier persona que hace una mala interpretación deliberadamente en completar este formulario, tendrá la responsabilidad con el plan por cualquier pérdida del Plan que resulte de tal malinterpretación. Consulte el Sumario de Descripción del Plan, bajo la sección, "Coordinación de Beneficios con Otros Planes" para la provisión específica del Plan.