



Formulario de terminación de dependientes

Fondo de Salud del Consejo Regional de Carpinteros de América Central (Fondo)

Región del sur de Illinois de St. Louis-Kansas City

1419 Hampton Avenue, St. Louis, MO 63139

Teléfono: (314) 644-4802, opción 1 | Facsímil: (314) 678-1110 | Correo electrónico: benefits@laborfunds.org

Complete este formulario para eliminar a un dependiente de la cobertura del plan de salud.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE/DEPENDIENTE			
Apellido legal del Participante		Nombre legal del Participante	Últimos 4 del Seguro Social del Participante
Apellido legal del dependiente	Nombre legal del dependiente	Fecha de nacimiento	Últimos 4 del Seguro Social del dependiente
Relación del dependiente con el Participante: ☐ Cónyuge ☐ Hijo natural ☐ Hijo adoptivo ☐ Hijastro ☐ Otro (explique):			
Motivo para remover al dependiente:			

SECCIÓN 2: SOLICITUD DE TERMINACIÓN DE DEPENDIENTE	
Por favor, cancele la cobertura del Dependiente mencionado anteriormente	Fecha (MM/DD/AAAA)
La Fecha de Terminación Solicitada debe ser el último día de un mes y debe ser una fecha a futuro. La Fecha de Terminación Solicitada no puede ser retroactiva. Si se encuentra en una de nuestras categorías de pago mensual por cuenta propia para jubilados o discapacitados, la solicitud de cancelación al final del mes debe recibirse antes del día 15 de ese mes. De lo contrario, la cobertura no terminará hasta el final del mes siguiente.	

SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN
Entiendo que al completar este formulario, el Dependiente mencionado anteriormente ya no será elegible para los beneficios del Plan de Salud por medio de Mid-America Carpenters Regional Council Health Plan. Si deseo restablecer la cobertura para el Dependiente mencionado anteriormente, entiendo que es posible que se requiera documentación de respaldo.

X

Firma del participante

Fecha

X

Firma dependiente (si es mayor de 18 años)

Fecha

Envíe el Formulario de Terminación de Dependientes completo:

- **Suba** la forma de manera segura en el Portal para miembros: laborfunds.org/member-portal
- Por **correo** a la dirección que aparece en la parte superior de este formulario, Attn: Participant Services
- Por **fax** al número de fax que aparece en la parte superior de este formulario