

SEIU Local 1 & Participating Employers *Health Trust*

111 E. Wacker Drive, 17th Floor, Chicago, IL 60601
Telephone: (312) 233-8888, Facsimile: (312) 233-8835
Website: www.seiu1benfunds.org

18 września 2023 r.

Imię i nazwisko

Adres

Adres

Szanowni Państwo,

INSTRUKCJE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ CHOROBYCH

W załączeniu znajdują się dokumenty wymagane przez biuro SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust w celu ustalenia uprawnień i wypłaty cotygodniowych świadczeń chorobowych oferowanych przez plan ubezpieczeniowy.

WSTĘPNE ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Niniejszy formularz należy wypełnić w celu uzyskania uprawnień do cotygodniowych świadczeń chorobowych.

KROK 1: wypełnij " WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA WNIOSEK ", dołączając swój podpis na dole strony.

KROK 2: poproś lekarza o wypełnienie i podpisanie górnej części strony 2.

KROK 3: poproś pracodawcę o wypełnienie i podpisanie dolnej części strony 2.

KROK 4: prześlij wypełniony formularz do Biura Funduszu pocztą, faksem lub e-mailem.

Adres:

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust

111 East Wacker Drive, 17 Floor

Chicago, IL 60601

Attn: Disability Department

Fax: (312) 233-8835

E-mail: SEIUDisability@SEIU25.org

UMOWA DEPOZYTOWA

Fundusz zapewnia obecnie możliwość bezpośredniego deponowania cotygodniowych świadczeń chorobowych na osobiste konto czekowe lub oszczędnościowe. Zapewni to szybszy dostęp do wypłat świadczeń i wyeliminuje powszechny problem czeków zagubionych przez U.S. Postal Service. Jeśli chcesz, aby Twoje świadczenia chorobowe były wpłacane na Twoje konto bankowe, wypełnij Umowę Depozytową i odeślij ją wraz z „Wstępnym Zgłoszeniem Roszczenia” zgodnie z instrukcjami powyżej.

Jeśli masz jakiegokolwiek pytania, skontaktuj się z Biurem Funduszu pod numerem (312) 233-8888 lub pod adresem e-mailowym podanym powyżej.

Z poważaniem,

Biuro Funduszu

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust

