

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

September 18, 2023

Nombre
DIRECCIÓN
DIRECCIÓN

ASUNTO: BENEFICIOS SEMANALES POR INCAPACIDAD

Estimado Participante,

Se adjuntan los documentos requeridos por SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust para determinar su elegibilidad y procesar los beneficios que se le adeudan según los Beneficios Semanales por Incapacidad ofrecidos por su Plan de Beneficios.

INFORME INICIAL DE RECLAMACIONES

Este formulario debe completarse para determinar su elegibilidad para los beneficios adeudados según los Beneficios Semanales por Incapacidad.

PASO 1: complete “EL MIEMBRO COMPLETA ESTA SECCIÓN” incluyendo su firma al final de la página.

PASO 2: pídale a su médico que complete y firme la parte superior de la página 2.

PASO 3: haga que su empleador complete y firme la parte inferior de la página 2.

PASO 4: devuelva el formulario completo a la Oficina del Fondo por correo postal, fax o correo electrónico

Correo:

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust
111 East Wacker Drive, 17th Floor
Chicago, IL 60601
Attn: Disability Department

Fax: (312) 233-8835

Email: SEIUDisability@SEIU25.org

CONTRATO DE DEPOSITO

El Fondo ahora proporciona depósito directo de sus pagos de Beneficios Semanales por Incapacidad a su cuenta corriente o de ahorros personal. Esto le ofrece un acceso más rápido al pago de sus beneficios y eliminará el problema común de los cheques perdidos por el correo postal. Si desea que su beneficio de ingresos se deposite en su cuenta bancaria, complete el Acuerdo de depósito y devuélvalo con su Informe inicial de reclamaciones como se indicó anteriormente.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina del Fondo al (312) 233-8888 o a la dirección de correo electrónico proporcionada anteriormente.

Atentamente,

