



Suburban Teamsters of Northern Illinois Welfare Fund  
1171 Commerce Drive, Unit 1  
West Chicago, IL 60185  
(630) 293-5218

**PARA SER COMPLETO POR EL MIEMBRO**

1. NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO ( ) \_\_\_\_\_
2. NOMBRE DEL PATRON \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL EMPLEADO Y DIA DE EMPLEO ANTERIOR \_\_\_\_\_
3. SI CASADO, SU ESPOSA (O) TRABAJA? \_\_\_\_\_ NOMBRE DE ESPOSA (O) \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PATRON DE SU ESPOSA (O) \_\_\_\_\_ DIRECCION DEL PATRONO DE SU ESPOSA (O) \_\_\_\_\_ SI TIENE SEGURO FAMILIAR ESCRIBA NOMBRE Y DIRECCION DEL SEGURO \_\_\_\_\_  
LA SEGURANSA DE SU ESPOSA (O) CUBRE ESTA ENFERMEDAD O ACCIDENTE \_\_\_\_\_
4. EL PACIENTE ES: \_\_\_\_\_ MIEMBRO \_\_\_\_\_ DEPENDIENTE  
NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
ESTADO MATRIMONIAL DEL DEPENDIENTE: \_\_\_\_\_ CASADO; \_\_\_\_\_ VIUDO; \_\_\_\_\_ SOLTERO; \_\_\_\_\_ DIVORCIADO; \_\_\_\_\_ LEGALMENTE SEPARADO.
5. FECHA Y HORA QUE EL ACCIDENTE OR ENFERMEDAD EMPESO \_\_\_\_\_
6. DESCRIBA LA RASON DE LA VISITA AL DOCTOR \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. FECHA DEL PRIMER DIA DE TRATAMIENTO PARA EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD \_\_\_\_\_
8. SI FUE UN ACCIDENTE, CONTESTE LO SIGUIENTE:
  - A. DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE? (LUGAR) \_\_\_\_\_
  - B. QUE ESTABA HACIENDO CUANDO OCURRIO EL ACCIDENTE/ LOS SINTOMAS? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - C. DESCRIBA EL ACCIDENTE O LOS SINTOMAS; DIGA COMO PASO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. **EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD FUE CAUSADO POR EL TRABAJO?** \_\_\_\_\_
10. **A APLICADO O VA A APLICAR PARA INVALIDEZ CON LA OFICINA DE BENEFICIOS DE COMPENSACION AL TRABAJO?** \_\_\_\_\_
11. PRIMER DIA QUE NO PUDO TRABAJAR \_\_\_\_\_ DIA QUE VOLVIO A TRABAJAR \_\_\_\_\_  
DIA QUE ESPERA REGRESAR A TRABAJAR \_\_\_\_\_
12. HAY HOSPITALES, BENEFICIOS, QUIRURGICOS O MEDICOS O SERVICIOS CUBIERTOS POR PLAN ADICIONAL AL DE LA PREGUNTA 3 O CUBIERTO POR ALGUN PROGRAMA FEDERAL, ESTATAL, O ALGUN OTRO PROGRAMA DE GOBIERNO? \_\_\_\_\_

(OTRO LADO)

13. YO POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE ESTA DECLARACION Y DOCUMENTOS SON COMPLETOS Y PRECISOS Y AUTORIZO A CUALQUIER PERSONA O INSTITUCION DANDO SERVICIO O CUALQUIER PERSONA O ORGANIZACION EN POSESION DE SEGURO A O OTRA INFORMACION DE BENEFICIOS MIOS O DE MIS DEPENDIENTES A DAR O DIVULGAR TODOS DATOS DE ESTA INVALIDIDAD. UNA COPIA O PHOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACION ES VALIDAD COMO LA ORIGINAL.

14. FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL MIEMBRO \_\_\_\_\_