

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS

Asegurado: _____ Número de Asegurado: _____ Fecha de Lesión: _____

Nombre: _____ Número de Reclamo: _____

| Nombre del Beneficio | La cantidad del dólar pagó por el patrón (especifique por favor si es por hora, semana, o mes.) | Fecha no más de largo en efecto |
|------------------------------|--|---------------------------------|
| 1) Inhabilidad a largo plazo | | |
| 2) Seguro médico | | |
| 3) Ventajas de retiro | | |
| 4) Dental | | |
| 5) Paga de las vacaciones | | |
| 6) Seguro de vida | | |
| 7) Visión | | |
| 8) Uniforme | | |
| 9) Días de fiesta pagados | | |
| 10) Pension/401K | | |
| 11) Otro | | |
| | | |
| | | |

Total: \$ _____

Fecha: _____ Firma: _____

Enviar a MCIM Dept. Reclamos: PO Box 80740 - Lansing, MI 48908-0740 (FAX: 517.886.3499)

