

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)

