

## 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 iQUE Dept. Reclamos: PO Box 80740  
Lansing, MI 48908-0740 (FAX: 517.886.3499)

