

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/RENUNCIA DEL FONDO DE SALUD Y BIENESTAR DE SEIU

Conserjes comerciales de SEIU Local 26

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY NUMBER, SSN, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS):

_____ - _____ - _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ SEXO: FEMENINO MASCULINO

DIRECCIÓN PARTICULAR, CALLE Y N.º DE DEPTO.: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

NÚMERO DE EMPLEADO: _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____

Inscripción de hijos: los hijos elegibles incluyen a los hijos por nacimiento o adopción legal de 26 años o menos.

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO (DATE OF BIRTH, DOB, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	SSN	RELACIÓN (Marque con un círculo una opción)
				Hijo Hija
				Hijo Hija
				Hijo Hija

BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

- NO** deseo inscribirme en el plan de seguro médico. Comprendo que estoy renunciando a esta cobertura y que no podré inscribirme hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que ocurra un evento calificado.
- Deseo inscribirme **SOLO YO** en el plan de seguro médico. Autorizo a mi empleador a procesar mi deducción por nómina de pago (según el convenio de negociación colectiva [Collective Bargaining Agreement, CBA, por sus siglas en inglés] entre mi empleador y SEIU Local 26). Comprendo que no puedo renunciar a la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que ocurra un evento calificado.
- Deseo inscribir en el plan de seguro médico a **MÍ Y A MIS HIJOS ELEGIBLES** mencionados arriba. Autorizo a mi empleador a procesar mi deducción por nómina de pago (según el CBA entre mi empleador y SEIU Local 26). Comprendo que no puedo renunciar a la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que ocurra un evento calificado.

Firma

Fecha

Al firmar este formulario, declaro que toda la información suministrada es verdadera y correcta.