

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: Labors Local 60 Health & Welfare **N.º DE GRUPO:** 18285



ESTA FORMA SE DEBE COMPLETAR PARA LAS NUEVAS INSCRIPCIONES Y LOS CAMBIOS EN LA COBERTURA.

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE Y COMPLETE **TODA** LA FORMA.

(SE DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN, EN CASO CONTRARIO, LA INSCRIPCIÓN SE RETRASARÁ).

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (COMPLETE TODOS LOS PUNTOS)				
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
N.º DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO				
NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL		TELÉFONO <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO		
¿ES UN EMPLEADO CUBIERTO POR ALGÚN OTRO SEGURO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (p. ej., Medicare, Tricare, plan de un cónyuge)				
SI LA RESPUESTA ES "SÍ", NOMBRE DEL SEGURO: _____				
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: _____				
TIPO DE PÓLIZA (jubilados, COBRA, cónyuge): _____				
TITULAR DE LA PÓLIZA (empleado, cónyuge): _____				
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA INSCRIPCIÓN EN MEDICARE:				
PARTE A _____		PARTE B _____	N.º DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE _____	
DERECHO A TENER MEDICARE DEBIDO A LO SIGUIENTE: <input type="checkbox"/> EDAD <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD				
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL				

SELECCIÓN DE BENEFICIOS	
TIPO DE COBERTURA	NIVEL DE COBERTURA
<input type="checkbox"/> PLAN A	<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> FAMILIA <input type="checkbox"/> RECHAZO LA COBERTURA

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES (SE DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN, EN CASO CONTRARIO, SE RETRASARÁ LA INSCRIPCIÓN. INCLUYA LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE TODOS LOS ADULTOS DEPENDIENTES A PARTIR DE LOS 18 AÑOS DE EDAD).				
Inscripción especial debido a la cobertura según Medicaid o el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Si un empleado o un dependiente que cumple con los requisitos no se inscribió en el plan inicialmente, podrá hacerlo luego en tanto se dé alguna de las siguientes circunstancias: a. El empleado o dependiente deja de cumplir con los requisitos para la cobertura y ya no puede participar de Medicaid ni del CHIP. b. El empleado o dependiente que cumple con los requisitos puede tener acceso a asistencia con el pago de primas según Medicaid o el CHIP en el estado en donde reside la persona. El empleado o dependiente que cumple con los requisitos debe solicitar la inscripción en el plan dentro de los 60 días a partir de la finalización de la cobertura de Medicaid o del CHIP, o dentro de los 60 días de ser informado que cumple con los requisitos para recibir ayuda con el pago de primas en el estado en donde reside.				
NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE N.º 1 APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE (OBLIGATORIO)		N.º DE SEGURO SOCIAL (OBLIGATORIO)	PARENTESCO (OBLIGATORIO)	
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NÚMERO DE TELÉFONO	<input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO
NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE N.º 2 APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE (OBLIGATORIO)		N.º DE SEGURO SOCIAL (OBLIGATORIO)	PARENTESCO (OBLIGATORIO)	
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NÚMERO DE TELÉFONO	<input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO
NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE N.º 3 APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE (OBLIGATORIO)		N.º DE SEGURO SOCIAL (OBLIGATORIO)	PARENTESCO (OBLIGATORIO)	
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NÚMERO DE TELÉFONO	<input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO
NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE N.º 4 APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE (OBLIGATORIO)		N.º DE SEGURO SOCIAL (OBLIGATORIO)	PARENTESCO (OBLIGATORIO)	
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NÚMERO DE TELÉFONO	<input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: Laborers Local 60 Health & Welfare

NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE N.º 5 APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE (OBLIGATORIO)			N.º DE SEGURO SOCIAL (OBLIGATORIO)		PARENTESCO (OBLIGATORIO)
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NÚMERO DE TELÉFONO	<input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO	
* SI ALGUNO DE LOS DEPENDIENTES MENCIONADOS ANTERIORMENTE TIENE UNA DIRECCIÓN POSTAL DIFERENTE DE LA DEL EMPLEADO, COMPLETE LO SIGUIENTE:					
DEPENDIENTE		DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
* SI SU HIJO TIENE UNA DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL, BRINDE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE. INCLUYA LOS NOMBRES DE TODOS LOS DEPENDIENTES DISCAPACITADOS:					
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (SI CORRESPONDE). COMPLETE TODOS LOS PUNTOS.

¿SU CÓNYUGE ESTÁ EMPLEADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO					
NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE:			FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE:		
INDIQUE LA COBERTURA, EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR A PARTIR DE LA CUAL SU CÓNYUGE ESTÁ <u>INSCRITO</u> EN EL PLAN DE SU EMPLEADOR					
TIPO DE LA OTRA COBERTURA	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (DD/MM/AA)	TIPO DE PÓLIZA (P. E.J., EMPLEADOR, JUBILADO, COBRA)	ENUMERE A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA INSCRITOS EN ESTE PLAN
<input type="checkbox"/> MÉDICA					
<input type="checkbox"/> DE MEDICAMENTOS CON RECETA					
<input type="checkbox"/> DENTAL					
<input type="checkbox"/> DE LA VISTA					

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: INFORMACIÓN DE HIJOS DEPENDIENTES (SI CORRESPONDE). COMPLETE TODOS LOS PUNTOS.

¿ALGUNO DE SUS HIJOS DEPENDIENTES RECIBE COBERTURA DE OTRO PADRE, TUTOR O PLAN NO MENCIONADO ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						
EMPLEADOR QUE BRINDA LA COBERTURA: SI LA RESPUESTA ES "SÍ", RESPONDA LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN.						
TIPO DE LA OTRA COBERTURA	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (DD/MM/AA)	TIPO DE PÓLIZA (P. E.J., EMPLEADOR, JUBILADO, COBRA)	ORDEN JUDICIAL MEDIANTE LA CUAL SE REQUIERE COBERTURA (P. E.J., SENTENCIA DE DIVORCIO, ORDEN JUDICIAL AUTORIZADA DE MANUTENCIÓN MÉDICA DE HIJOS)*	ENUMERE A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA INSCRITOS EN ESTE PLAN
<input type="checkbox"/> MÉDICA						
<input type="checkbox"/> DE MEDICAMENTOS CON RECETA						
<input type="checkbox"/> DENTAL						
<input type="checkbox"/> DE LA VISTA						
* SE DEBE PRESENTAR UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL. SI NO SE CUMPLE CON ESTE REQUISITO, SE RECHAZARÁN LOS RECLAMOS.						

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: SEGURO GUBERNAMENTAL (P. E.J., MEDICARE, MEDICAID, TRICARE, ETC.)

¿SU CÓNYUGE O ALGÚN DEPENDIENTE ESTÁ INSCRITO EN ALGÚN SEGURO GUBERNAMENTAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE A CONTINUACIÓN.					
ENUMERE A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA INSCRITOS	TIPO DE COBERTURA	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR, O, SI LA COBERTURA ES DE MEDICARE, FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA PARTE A	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA PARTE B (SI CORRESPONDE)	N.º DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE	COBERTURA DE MEDICARE POR LO SIGUIENTE:
					<input type="checkbox"/> EDAD <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL
					<input type="checkbox"/> EDAD <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL

DECLARACIÓN DEL PLAN

Entiendo que las elecciones anteriores permanecerán en vigor hasta el último día del año del plan durante el cual tienen vigencia y continuarán de ese modo por tiempo indefinido más allá del año del plan, a menos que haga un cambio en mis elecciones conforme a lo permitido por el plan. Entiendo que puedo modificar mis elecciones durante el año del plan solo si (i) tengo un "cambio de estado", según se define en el plan y si el cambio de las elecciones es coherente con ese cambio de estado; (ii) ejerzo mi derecho de inscripción especial (según se describe en la sección "Notificación de períodos de inscripción especial" que figura más abajo); o (iii) reúno los requisitos (según la ley vigente, conforme lo determine el administrador del plan) para hacer cualquier otra elección debido a ciertos cambios en los costos o la cobertura de una opción de beneficios, o por algún otro motivo particular. Entiendo que el costo de una opción de beneficios que elegí según el plan puede cambiar de un año del plan a otro. Por lo tanto, mediante este documento, acepto que las deducciones de la nómina se modificarán automáticamente en consecuencia, a menos que presente una nueva forma de elección durante el período de elección anual correspondiente a fin de modificar o dar por finalizada la cobertura. También entiendo que, durante el año del plan, si se produce un cambio en el costo de una opción de beneficios que haya seleccionado, el empleador puede aumentar de manera automática las deducciones de la nómina, si las hubiera, que debo hacer por período de pago para cubrir el costo de dicha opción de beneficios. Asimismo, comprendo que, a excepción del permiso que tengo para realizar un cambio según el plan, las elecciones con respecto a las deducciones de la nómina que he hecho más arriba continuarán en vigor a pesar de cualquier cambio en las características o la cobertura que se ofrecen conforme a las opciones de beneficios que seleccioné más arriba.

Entiendo que el empleador puede modificar mis elecciones de beneficios si es necesario para asegurar que se cumplan los términos del plan y los requisitos (incluidos los requisitos de cumplimiento impositivo) de la ley vigente y que, sujeto a los requisitos de la ley vigente o cualquier contrato de seguro pertinente, el empleador conserva el derecho a enmendar o dar por finalizada la cobertura según una opción de beneficios. Además, entiendo que el empleador puede modificar mis elecciones en cuanto a las opciones de beneficios de salud si fuera necesario por una orden judicial autorizada de manutención médica de hijos mediante la cual se me exige cobertura médica para un dependiente.

NOTIFICACIÓN DE PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si no quiere inscribirse en las opciones de cobertura de salud del plan para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que ya cuenta con cobertura de otro seguro de salud o plan de salud de grupo, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en la cobertura de salud del plan en caso de que usted o sus dependientes dejen de cumplir con los requisitos para obtener la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente debido a un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, al nacimiento, a la adopción o a la colocación en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con un representante de Recursos Humanos.

FIRMA Y AUTORIZACIÓN

FIRMA DEL EMPLEADO

NOMBRE DEL EMPLEADO EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA