

NORTHWEST LABORERS-EMPLOYERS HEALTH & SECURITY TRUST

11724 NE 195th Street, Suite 300 Bothell, WA 98011

206.282.3600 o 800.826.2102 FAX 206.217.0806

nwlelg@zenith-american.com

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Instrucciones | **Por favor, lea y complete toda la información en este formulario**

El Formulario de Inscripción debe completarse para inscribirlo a usted y a sus dependientes, si corresponde, para la cobertura de atención médica. Asegúrese de completar TODA la información solicitada en este Formulario de Inscripción.

La finalización de este Formulario de Inscripción/Cambio no contiene una garantía de beneficios. Los beneficios reales se basan en la elegibilidad y las disposiciones del Plan vigentes en el momento del servicio. Consulte el Resumen de Descripción del plan para conocer las reglas de elegibilidad y un lista completa de beneficios.

Sección 1 | **TIPO DE CAMBIO – si uno o más cambios, marque todos los que correspondan y proporcione la documentación requerida (Los dependientes NO estarán cubiertos hasta que se reciba la documentación requerida.)**

- Añadir niños desde el nacimiento hasta los 26 Añadir cónyuge Eliminar cónyuge o dependiente(s)
- Copia del Decreto de Certificado de Nacimiento Certificado por el Estado/Documents designados por el Tribunal/adopción** **Copia del Certificado de Matrimonio emitido por el estado** **Copia de documentos de Divorcio o Separación Legal emitido por el estado**
- Cambio de dirección Cambio de nombre (se requiere prueba legal) Cambio del plan dental Cambio de beneficiario

Sección 2 | **ELECCIÓN DEL PLAN DENTAL Por favor marque la casilla apropiada:**

- Elijo el Plan Dental A. Entiendo que mi familia debe recibir toda la atención en un Centro Dental Willamette.
- Elijo Dental Plan B – un plan de beneficios programado administrado por Delta Dental de Washington.

Sección 3 | **INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE/EMPLEADO**

Apellido	Nombre	Género	Número de Seguro Social (obligatorio)	Local de Unión
Dirección postal del participante (Calle o CASILLA de correo)		Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Estado civil actual Soltero, Casado, Divorciado, Viudo,		Fecha del matrimonio / Divorcio Separación legal	
Número de teléfono celular	Número de teléfono de la casa	Dirección de correo electrónico		

Sección 4 | **DEPENDIENTES PARA ENROLLAR – ESPOSO (A)/HIJOS (Lista de dependientes adicionales en una hoja separada)**

Por favor, enumere todos los dependientes que desea que estén cubiertos. Los dependientes elegibles que pueden estar cubiertos por el Plan son su cónyuge e hijos según lo definido por el Plan. Proporcione el Número de Seguro Social de cada dependiente que inscriba. Las regulaciones federales requieren que los planes de salud reporten los nombres y números de Seguro Social de cada individuo cubierto al IRS. **Tenga en cuenta que la oficina del Trust requiere la siguiente documentación: Niños - Copia del Decreto de Certificado de Nacimiento Certificado por el Estado/Tribunal designado/adopción. Cónyuge - Copia del Certificado de Matrimonio emitido por el Estado. (Los dependientes NO estarán cubiertos hasta que se reciba la documentación requerida.)**

Apellido	Nombre	I	Relación	Género	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (obligatorio)
						- -
						- -
						- -
						- -

¿Alguno de sus dependientes tiene otra cobertura de atención médica? No Sí

En caso afirmativo enumere a los dependientes que tienen otro seguro _____

dependientes que tienen otro nombre de seguro de otra compañía de seguros _____ Fecha de vigencia _____

FINALIZACIÓN DE SECCIONES ADICIONALES Y FIRMA(S) REQUERIDA(S) EN OTRO HOJA

Sección 5 ELIMINE A LOS SIGUIENTES MIEMBROS DE LA FAMILIA

Enumere TODOS los miembros de la familia que desea eliminar del Plan e incluya el motivo de la remoción. Adjunte la documentación justificativa, es decir, el decreto de divorcio, el certificado de defunción.

Apellido	Nombre	Razón	Fecha de nacimiento	Fecha de entrada en vigor	Número de Seguro Social #
					- - - - -
					- - - - -
					- - - - -

Sección 6 COBERTURA MEDICARE PARA USTED O SU DEPENDIENTE(S) Adjunte página adicional si es necesario.

Tú ¿Cubierto por Medicare?
 No, Si (indicar los tipos de cobertura) Número HICN: _____
 Medicare Parte A (solo hospital) Medicare Parte A y B

Su cónyuge ¿Cubierto por Medicare?
 No, Si (indicar los tipos de cobertura) Número HICN: _____
 Medicare Parte A (solo hospital) Medicare Parte A y B

Su(s) dependiente(s) ¿Cubierto por Medicare?
 niño(s) No, Sí (indicar los tipos de cobertura) Número HICN: _____
 Medicare Parte A (solo hospital) Medicare Parte A y B

Sección 7 BENEFICIARIO DEL BENEFICIO DE MUERTE (SEGURO DE VIDA) (Liste beneficiarios adicionales en una hoja separada)

Esto es para certificar que yo revocó todas las designaciones de beneficiarios anteriores, si las hay, y nombro el siguiente como beneficiario para cualquier beneficio de muerte pagado bajo el NORTHWEST LABORERS-EMPLOYERS HEALTH & SECURITY TRUST. Si usted está casado y el beneficiario que elija no es su cónyuge, su cónyuge debe dar su consentimiento a la designación firmando a continuación*. Una designación de su cónyuge revocará automáticamente en el momento en que su matrimonio se disuelva. Debe completar una nueva designación de beneficiario después de la disolución del matrimonio, incluso si tiene la intención de redesignar a su ex cónyuge. Para agregar más beneficiarios, adjunte una página adicional. El % total de cantidades debe ser igual al 100%.

Apellido del Beneficiario Primario	Nombre	Inicial	Relación	Número de Seguro Social o Identificación Fiscal #	% de beneficio
				- - - - -	
Dirección postal (Calle o PO Box)			Ciudad	Estado	Código postal
Apellido del Beneficiario Secundario	Nombre	Inicial	Relación	Número de Seguro Social o Identificación Fiscal #	% de beneficio
				- - - - -	
Dirección postal (Calle o PO Box)			Ciudad	Estado	Código postal

CONSENTIMIENTO DEL ESPOSO (A) PARA BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA: Con mi firma a continuación, certifico que estoy legalmente casado con el participante y autorizo la designación de beneficiario del seguro de vida.

X Firma del cónyuge Fecha:

Sección 8 FIRMA DEL PARTICIPANTE Requerida (POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO)

ENTIENDO QUE EL Fondo Fiduciario se basa en mis respuestas en este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington, que las respuestas dadas a todas las preguntas en este formulario son verdaderas y exactas. Entiendo que sabiendo y con la intención de defraudar al Fondo Fiduciario, oculto o proporciono cualquier información materialmente falsa, puedo estar sujeto a responsabilidad civil o penal.

Por la presente certifico que las declaraciones anteriores, incluyendo cualquier declaración y/ documento adjunto, son verdaderas, correctas y completas a mi leal saber y entender, y por la presente autorizamos a mi Proveedor de servicio a divulgar cualquier información médica o de otro tipo necesario para procesar reclamaciones. Una fotocopia se considerará la misma que la original.

X Firma del Participante Fecha:

¿Eres jubilado? No- Sí