

FORMULARIO DE RENUNCIA/INSCRIPCIÓN PARA EL FONDO DE BIENESTAR Y SALUD DE SEIU

Escriba en letra de imprenta de manera clara

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - _____ FECHA DE NAC: ____ / ____ / ____ SEXO: MASC. / FEM.

DIRECCIÓN DE DOMICILIO/APT #: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Nombre del Empleador: _____

NÚMERO DE EMPLEADO: _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____

Hijos para la inscripción – Los hijos elegibles incluyen a los hijos por nacimiento o adopción legal menores de 26 años.

NOMBRE DE PILA	APELLIDO	FECHA DE NAC.	SSN	PARENTESCO (Encierre uno en un círculo)
				Hijo Hija
				Hijo Hija
				Hijo Hija

ELIJA LA OPCIÓN DE BENEFICIOS:

- Plan A (plan 80/20 – incluye atención odontológica/visión)
- Plan G (plan 70/30 – sin atención odontológica/visión)

ELIJA LA OPCIÓN DE INSCRIPCIÓN:

- NO** deseo inscribirme en el plan de seguro de salud. Entiendo que estoy renunciando a esta cobertura y que no podré inscribirme hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que tenga un evento que califique.
- Quiero realizar la inscripción en el plan de seguro de salud **SOLAMENTE PARA MÍ**. Autorizo a mi empleador a procesar mi deducción de nómina (según el CBA entre mi empleador y SEIU local 26). Entiendo que no puedo dejar la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que tenga un evento que califique.
- Quiero realizar la inscripción en el plan de seguro de salud **PARA MÍ Y PARA MIS HIJOS ELEGIBLES** que se indican a continuación. Autorizo a mi empleador a procesar mi deducción de nómina (según el CBA entre mi empleador y SEIU local 26). Entiendo que no puedo dejar la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que tenga un evento que califique.

Firma

Date

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