

SEIU Local 105 Health & Welfare Fund

Physical Address 7525 SE 24th Street, Suite 200, Mercer Island, WA 98040 • Mailing Address PO Box 34203, Seattle, WA 98124
Phone (844) 700-SEIU (7348) • Fax (206) 505-9727 • Website: www.SEIU105HealthFund.com

Administered by
Welfare & Pension Administration Service, Inc.

Formulario de Exclusión del Seguro de Salud

Eh elegido no inscribirme a mí ni a mis dependientes elegibles en la cobertura de salud del Fondo de Salud y Bienestar SEIU Local 105 porque tengo otra cobertura con:

Nombre del suscriptor con otra cobertura	Número de Seguro Social	Número de Identificación o Póliza	
Nombre y Dirección de la otra Aseguradora	Ciudad	Estado	Código Postal

La otra cobertura cubre: Suscriptor Conyugue Niños

Entiendo que al declinar la cobertura de salud ya no seré elegible para inscribirme a mí mismo ni a mis dependientes elegibles en el plan de salud hasta el siguiente periodo de inscripción abierta anual, excepto en circunstancias limitadas como en caso de que pierda mi otra cobertura.

Para que esta declinación de cobertura sea válida, debe completar este formulario en su totalidad y firmar abajo en el lugar indicado.

Escriba en Molde:

Nombre del Empleado	Número de Seguro Social		
Dirección o PO Box	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Empleador	Ubicación del Edificio		
Firma del Empleado	Fecha		