

**SERVICE EMPLOYEES INTERNATIONAL UNION LOCAL 105
FONDO DE SALUD Y BIENESTAR**

F53-02

FORMULARIO DE INSCRIPCION

ZONAS 1 – 4

INSTRUCCIONES: Por favor complete esta forma en su totalidad, proporcione toda la información solicitada y firme el formulario. Si usted elije cobertura para sus hijos dependientes, usted debe hacer pagos antes del día 20 de cada mes para el mes de cobertura. Debe inscribir a los niños recién adquiridos dentro de los 31 días posteriores a la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción. Los dependientes elegibles no inscritos dentro de los 31 días no estarán cubiertos hasta el 1er día del mes siguiente a la recepción de un nuevo formulario de inscripción. **Este formulario reemplazara cualquier otro formulario en los archivos de la Oficina de Administración.**

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

Nuevo Miembro Añadir/Remover Dependiente(s) Cambiar Dirección Cambiar Nombre _____
 Inscripción Abierta (Nombre Previo)

Empleador	Ubicación del Edificio
------------------	-------------------------------

INFORMACION DEL MIEMBRO

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2º nombre)	Número de Seguro Social	Sexo (M/F)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
---	--------------------------------	-------------------	---

Dirección Postal (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Teléfono de Casa	Teléfono de Celular	Correo Electrónico
-------------------------	----------------------------	---------------------------

ELECCION DE COBERTURA PARA DEPENDIENTES

Si, Yo Elijo Cobertura Para Mis Dependientes. Yo estoy aplicando para cobertura para mis hijos dependientes cuyos nombres están escritos en este formulario y comprendo que tengo que hacer pagos mensuales para la cobertura de mis dependientes antes del día 20 del mes para el mes de cobertura

INFORMACION DE CONYUGUE Y DEPENDIENTE(S)

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2º nombre)	Número de Seguro Social	Sexo (M/F)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Marque si el niño es hijastro, está en custodia temporal o es adoptado
NIÑOS DEPENDIENTES				

COBERTURA POR OTRO SEGURO

¿Está usted o sus dependientes cubiertos por otro plan de seguro Médico, Dental o de Visión incluyendo Medicare? Si No
 En caso afirmativo, por favor proporcione la información solicitada en la parte de abajo. En caso de que usted sea elegible para Medicare, una copia de su tarjeta de Medicare debe ser proporcionada a la Oficina de Administración.

Nombre de la Persona que Tiene Otra Cobertura	No. De Seguro Social /No. De ID.	No. De Póliza o Grupo	Teléfono del Grupo
Nombre y Dirección de la Otra Compañía de Seguros	Ciudad	Estado	Código Postal

El otro seguro cubre: Miembro Conyugue/Pareja Domestica a los Niños La otra cobertura incluye: Medico Dental Visión

Yo verifico que la información presentada anteriormente es verdadera, correcta y completa según mis conocimientos actuales y reemplaza cualquier formulario que haya sido firmado antes de la fecha que aparece abajo.

 Firma (el formulario debe ser firmado por el miembro participante) _____
 Fecha

**DEVUELVA UNA COPIA A: ADMINISTRATION OFFICE • P.O. BOX 34203 • SEATTLE, WA 98124-1203
 O ESCANEAR Y ENVIAR POR CORREO ELECTRONICO A: ENROLLMENT@WPAS-INC.COM • O POR FAX: 206-505-9727**

CONSERVE UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS