

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

**F53-02**

**FORMULARIO DE INSCRIPCION**

**ZONAS 5 – 8**

**INSTRUCCIONES:** Por favor complete esta forma en su totalidad, proporcione toda la información solicitada y firme el formulario. Si usted elije cobertura para sus 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)

<b>Empleador</b>	<b>Ubicación del Edificio</b>
------------------	-------------------------------

**INFORMACION DEL MIEMBRO**

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

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

<b>Teléfono de Casa</b>	<b>Teléfono de Celular</b>	<b>Correo Electrónico</b>
-------------------------	----------------------------	---------------------------

**ELECCION DE COBERTURA PARA DEPENDIENTES**

**Si, Yo Elijo Cobertura Para Mis Dependientes.** Yo estoy aplicando para cobertura para mis 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 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 y/o 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  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 per 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**