

# 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		