



SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust Fund

Formulario de Inscripción de Beneficios

Agente/ Administrator: **Global Benefits** • Telefono: 416-635-6000 • Fax: 416-635-6464 • seiubenefittrust@globalben.com
88 St. Regis Crescent South, Toronto, ON M3J 1Y8

Por favor escriba o imprima claramente. Complete todos los datos en ambos lados del formulario en detalle. Para garantizar que la cobertura se mantenga actualizada para usted y sus dependientes, es vital que nos avise de cualquier cambio como: cambio de nombre, su estado civil o el estado de un dependiente, cambio de beneficiario o restablecimiento de Beneficios previamente renunciados. Los cambios reportados más de 30 días después de la fecha del cambio pueden requerir evidencia de asegurabilidad.

Para más información, contacte Global Benefits. Al dejar un correo de voz o un mensaje de correo electrónico, por favor díganos su nombre, número de seguro social (social insurance number), número de póliza, y los detalles de su consulta para que podamos investigar y responderle de la manera más eficiente posible.

REV. «FORM_REVISED_DATE»

1. Información Administrativa: (Por favor escriba o imprima claramente)	
Por favor indique si se trata de una nueva inscripción o si es una modificación de una inscripción existente	
<input type="checkbox"/> Nueva inscripción para beneficios provistos	<input type="checkbox"/> Modificación a la inscripción
Patrocinador del plan SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust Fund	No. de Póliza

2. Información Sobre el Asegurado: (Por favor escriba o imprima claramente)			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Número de Seguro Social
Direccion: Numero/Calle/Numero de Apt.		Ciudad	Provincia
Teléfono de Casa <i>incluyendo código de area</i>		Teléfono de Casa <i>incluyendo código de area</i>	Correo Electrónico
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Pareja en Unión	
Fecha de Nacimiento <i>mm/dd/aaaa</i>		Si es pareja de Unión, escriba la fecha en que comenzó el período de convivencia <i>mm/dd/yyyy</i>	

3 Información Sobre Dependiente(s)							
	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento mm/dd/aaaa	Genero F/M	¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? ¹	Estudiante de tiempo completo? ²	Discapacidad total y permanente ³
Cónyuge							
Hija/o							
Hija/o							
Hija/o							
Hija/o							

1 Si su Cónyuge y / o hijos están cubiertos por otra Póliza de Seguro Grupal, complete Sección 4.
2 Si tiene hijos Dependientes que han alcanzado el primer límite de edad estipulado en el contrato, complete Sección 7.
3 Si tiene hijos dependientes discapacitado que han alcanzado el primer límite de edad estipulado, comuníquese con Global Benefits para obtener más información.

4. Información sobre el Plan de Seguro de su Cónyuge	
Nombre del Seguro de su Cónyuge	No. de Póliza
Cobertura Plan Medico: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar Plan Dental: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	

5. Elección de Cobertura
<input type="checkbox"/> Cobertura Individual (<i>sólo el participante está cubierto</i>) <input type="checkbox"/> Cobertura Familiar (<i>el participante y sus dependientes elegibles están cubiertos</i>)

6. Solicitud de exención para Beneficios ya cubiertos por el Plan de Seguro de su Cónyuge	
Rechazo los Beneficios del Seguro de Salud: <input type="checkbox"/> para mí y mis Dependientes <input type="checkbox"/> sólo para mis dependientes	Rechazo los Beneficios del Seguro Dental: <input type="checkbox"/> para mí y mis Dependientes <input type="checkbox"/> sólo para mis dependientes

7. Confirmación escolar (Dependientes que han alcanzado el primer límite de edad)				
Nombre	Nombre de la Institución Educativa atendido a tiempo completo	Periodo de asistencia		Número de teléfono de la institución
		Comienzo mm/dd/aaaa	Final mm/dd/aaaa	
				()
				()
				()

El Administrador del Plan reserva el derecho de confirmar el estado del estudiante con la institución educativa.

8. Designación de Beneficiario

Apellido del Beneficiario	Nombre	Relación con el Participante	%

Si el Beneficiario designado es "Herederero Legal" o "Patrimonio", escriba por completo "Heredereros legales" o "Patrimonio" y deje el resto en blanco.

9. Participantes ubicados en Quebec. (completar si su Beneficiario es su Cónyuge: Matrimonio o Unión Civil)

En Quebec, la designación de un Cónyuge, excluido el cónyuge de hecho, como Beneficiario es irrevocable a menos que se especifique lo contrario. Una designación irrevocable no se puede cambiar a menos que el Beneficiario de 18 años o más firme una renuncia de derechos.

Firme **SÓLO** en la casilla correspondiente a su elección si designa a su ESPOSO/A como Beneficiario/a.

La designación del Beneficiario es **revocable**.

Firma del Participante

La designación del Beneficiario es **irrevocable**.

Firma del Participante

10. Declaración nombrando Fiduciario (si el Beneficiario es menor de edad)

Por presente nombro a _____ como administrador a recibir la cantidad adeudada al Beneficiario menor de edad legal y declaro que el recibo de dicho Fiduciario será una descarga válida de la cantidad pagada. También autorizo a dicho administrador a su discreción, solicitar en nombre de dicho Beneficiario la totalidad o una parte de dicha cantidad pagada y los ingresos derivados del mismo para el cuidado, mantenimiento, educación, avance en la vida u otro Beneficio de dicho Beneficiario.

Firma del Participante

Fecha mm/dd/aaaa

11. Beneficios opcionales

Verifique con el Administrador de su Plan si se ofrecen Beneficios opcionales bajo su Plan. Tenga en cuenta que los Beneficios opcionales están sujetos a evidencia de asegurabilidad y entran en efecto solo cuando se aprueben.

12. Autorización

Miembro de Plan/ Autorización del Empleado

Por la presente solicito cobertura de beneficios grupales y autorizo la deducción de mi pago (si corresponde) y el envío a **SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust Fund** cualquier contribución requerida bajo el Plan de Beneficios Grupales.

Autorizo a mi Empleador, Administrador del Plan, la compañía de Seguros y/o sus agentes, o cualquier otra persona u organización para divulgar e intercambiar toda la información necesaria para determinar la elegibilidad para los Beneficios y la administración del Plan de Beneficios. Confirmando que estoy autorizado para actuar en nombre de mi Cónyuge y/o Dependientes en estos asuntos.

Autorizar el uso de mi Número de Seguro Social como mi Número de Certificado bajo el Plan Grupal y como mi número de identificación en el **SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust Fund** base de datos.

Certifico que mis declaraciones en este formulario son verdaderas y están completas a mi leal saber y entender. Cualquier copia de esta autorización será válida como el original.

Firma del participante

Fecha mm/dd/aaaa

SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust Fund se compromete a proteger la privacidad, confidencialidad, precisión y seguridad de la información personal que recopila, utiliza, retiene y divulga en el transcurso de sus negocios. Cualquier inquietud, pregunta o sugerencia que pueda tener con respecto al SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust Fund el cumplimiento de los requisitos de la ley de privacidad, o esta Política de privacidad debe dirigirse al Oficial de Privacidad a la siguiente dirección:

SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust Fund
 c/o Global Benefits
 88 St. Regis Crescent South, Toronto, Ontario, M3J 1Y8
 Telephone: 416-635-6000 • Facsimile: 416-635-6464 • Email: privacyofficer@globalben.com