

(Por favor complete las secciones correspondientes en tinta. Consulte el reverso para obtener instrucciones adicionales.)

DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Nº de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Nº de Sindicato Local: _____

Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de iniciación: _____

Teléfono de casa: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____

Estado civil (marque una opción):

☐ Casado(a) ☐ Nunca casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) legalmente ☐ Viudo(a)

PROPOSITO

(Por favor, marque el/los ítem(s) correspondiente(s) según su motivo para completar esta tarjeta.)

- ☐ Inscripción inicial – (Por favor complete la tarjeta en su totalidad.)
- ☐ Inscripción del cónyuge o actualización de información del cónyuge – (Complete las secciones de Información del Cónyuge y Firma.)
- ☐ Inscripción de un nuevo dependiente – (Complete las secciones de Información del/de los Dependiente(s) y Firma.)
- ☐ Cambio de beneficiario del seguro – (Complete las secciones de Fondo de Seguro – Designación de Beneficiario para Beneficios por Fallecimiento y Firma.)
- ☐ Cambio de beneficiario de pensión – (Complete las secciones de Fondo de Pensiones – Designación de Beneficiario para Beneficios por Fallecimiento y Firma.)

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

(Debe presentar una copia del Certificado de Matrimonio para inscribir a su cónyuge.)

Nombre: _____

Fecha de matrimonio: _____

de Seguro Social: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Numero de celular: _____

¿Su cónyuge tiene otro seguro médico? (marque una opción): ☐ NO ☐ SI (Familiar) ☐ SI (Individual)

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE(S)

(Por favor, enumere únicamente al/a los dependiente(s) que está inscribiendo recientemente y adjunte una copia del Acta de Nacimiento emitida por el estado para cada uno.)

	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Hombre/ Mujer	Parentesco	# Seguro Social
1					
2					
3					
4					
5					

FONDO DE SEGURO - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO PARA BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO

(Consulte en la siguiente pagina para obtener información adicional sobre la designación de beneficiarios.)

Beneficiario Primario (Puede designar uno o varios Beneficiarios Primarios en el espacio a continuación)

Nombre completo:

Dirección:

Parentesco:

Beneficiario Secundario (Puede designar uno o varios Beneficiarios Secundarios en el espacio a continuación. Su Beneficiario Secundario solo recibirá los beneficios si su Beneficiario Primario ha fallecido en el momento de su fallecimiento.)

Nombre completo:

Dirección:

Parentesco:

FONDO DE PENSIONES - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO PARA BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO

Beneficiario Primario (Puede designar uno o varios Beneficiarios Primarios en el espacio a continuación)

Nombre completo:

Dirección:

Parentesco:

Beneficiario Secundario (Puede designar uno o varios Beneficiarios Secundarios en el espacio a continuación. Su Beneficiario Secundario solo recibirá los beneficios si su Beneficiario Primario ha fallecido en el momento de su fallecimiento.)

Nombre completo:

Dirección:

Parentesco:

Firma: (Esta tarjeta debe estar firmada y fechada por el miembro para que sea válida.)

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES

- Lea cuidadosamente la información en esta tarjeta, complete las secciones correspondientes y envíe toda la documentación solicitada.
- Si completa una o más secciones de esta tarjeta, pero no marca el apartado correspondiente en la sección "Propósito", esta tarjeta igualmente será utilizada y reemplazará cualquier tarjeta presentada anteriormente para las secciones en cuestión.
- Escriba la información solicitada con claridad.
- Esta tarjeta debe completarse y presentarse en la oficina de Ohio Laborers Benefits para ser elegible a los beneficios.
- Debe presentar una copia de su Acta de Matrimonio para inscribir a su cónyuge.
- Si está eliminando a un cónyuge debido a divorcio o separación, debe presentar una copia del Decreto de Divorcio, Acuerdo de Separación y/o documentos de Separación Legal.
- Debe presentar una copia del Acta de Nacimiento emitida por el estado para cada dependiente que desee inscribir. Los certificados del hospital son aceptables únicamente para agregar recién nacidos hasta un año de edad, mientras se obtiene y presenta el Número de Seguro Social y el Acta de Nacimiento oficial emitida por el estado ante la oficina de Ohio Laborers Benefits. Se requiere documentación adicional si va a inscribir a un hijastro, hijo adoptado, menor bajo custodia legal (incluyendo tutela o cuidado temporal), un menor designado como beneficiario bajo una QMCSO o NMSN, o un hijo discapacitado de 26 años o más. Consulte la sección de Elegibilidad del Resumen del Plan de Descripción del Fondo de Seguro OLDC-OCA para más detalles.
- Si está inscribiendo a más de cinco dependientes, adjunte una hoja adicional con la información de los mismos.
- Se requieren Números de Seguro Social para agregar a un cónyuge y/o dependientes al Plan.
- Esta tarjeta debe estar firmada y fechada por el miembro para que sea válida.
- Al firmar esta tarjeta, usted certifica que la información proporcionada es verdadera según su leal saber y entender.

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Debe seleccionar al menos un Beneficiario Primario tanto para el Fondo de Seguro como para el Fondo de Pensión. El Beneficiario Primario recibirá cualquier beneficio pagadero en caso de su fallecimiento. Independientemente de su designación, si está casado, los beneficios por fallecimiento de la pensión se pagarán automáticamente a su cónyuge legal, a menos que su cónyuge haya renunciado a ese derecho. Puede seleccionar más de un Beneficiario Primario. Si lo hace, cualquier beneficio pagadero se dividirá en partes iguales entre todos los Beneficiarios Primarios.

Los Beneficiarios Secundarios solo recibirán beneficios si todos los Beneficiarios Primarios del Fondo correspondiente han fallecido al momento de su muerte. Puede seleccionar más de un Beneficiario Secundario. Si lo hace, cualquier beneficio pagadero se dividirá en partes iguales entre todos los Beneficiarios Secundarios.

Si no selecciona un beneficiario, cualquier beneficio pagadero se distribuirá de acuerdo con lo establecido en el Resumen del Plan de Descripción de cada Fondo.

Cualquier beneficio correspondiente a un beneficiario menor de 18 años será pagado "a cargo de" su tutor legal.

Si necesita espacio adicional para incluir a todos sus beneficiarios, adjunte una hoja adicional con la designación correspondiente.

Vuelva a doblar, cierre con cinta o grapas y envíe por correo; o simplemente envíe en un sobre.

Fax: 614-898-9176

Correo: 800 Hillsdowne Road, Westerville, Ohio 43081