

# FONDOS FIDUCIARIOS DE LOS OBREROS DE ALASKA

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

No. De Local \_\_\_\_\_

**UN FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN LLENADO EN SU TOTALIDAD DEBE ESTAR EN LOS ARCHIVOS DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES ANTES DE QUE UN RECLAMO PUEDA SER PROCESADO. ES NECESARIO ADJUNTAR COPIAS DE SU CERTIFICADO DE MATRIMONIO PARA INSCRIBIR A SU ESPOSO(A) Y CERTIFICADO DE NACIMIENTO PARA INSCRIBIR A UN HIJO(A). VEA EL REVERSO DE ESTA FORMA PARA LA DEFINICIÓN DE UN DEPENDIENTE ELEGIBLE.**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Miembro Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre _____ (nombre anterior) <input type="checkbox"/> Cambiar dependiente(s) <input type="checkbox"/> Cambiar Beneficiario<br><input type="checkbox"/> Cambio de Dirección |
|--|

| NOMBRE<br>(Apellido, Primer Nombre,<br>Inicial del Segundo Nombre)    | NÚMERO DE<br>SEGURO<br>SOCIAL | SEXO               | FECHA DE<br>NACIMIENTO<br>(Mes/Día/Año) | RELACIÓN AL<br>MIEMBRO | Marcar con<br>"X" si es<br>hijastro, de<br>acogido, o<br>adoptado |
|---|-------------------------------|--------------------|---|------------------------|---|
| <b>Miembro</b>  |                               |                    |   | Mismo                  |   |
| Dirección de Correo (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)            |                               |                    |   |                        |   |
| Número de Teléfono  |                               | Correo Electrónico |   |                        |   |
| Cónyuge (adjuntar copia del certificado de matrimonio)                |                               |                    |   | Cónyuge                |   |
| Dependientes Elegibles (adjuntar copia del certificado de nacimiento) |                               |                    |   |                        |   |
|   |                               |                    |   |                        |   |
|   |                               |                    |   |                        |   |
|   |                               |                    |   |                        |   |
|   |                               |                    |   |                        |   |

1. Están cubiertos usted, su esposa/o, u otros dependientes por otro grupo médico o plan de seguro dental, incluyendo Medicare?  
 Sí  No Si "sí," por favor proveer la información requerida. Si tiene Medicare, una copia de la tarjeta de identificación de Medicare debe de estar en el archivo con la Oficina de Administración.

|  |                         |                                   |
|--|-------------------------|-----------------------------------|
| Nombre de la Persona con otra Cobertura          | Número de Seguro Social | Número de Identificación o Póliza |
| Nombre y Dirección de la otra Compañía de Seguro | Ciudad                  | Estado    Código Postal           |

2. Otro Seguro cubre:  Miembro  Cónyuge  Hijos    3. Cobertura incluye:  Medico  Dental  Visión

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

**Si usted escoge un beneficiario no elegible o no designa un beneficiario, la indemnización por fallecimiento será pagado en el orden de preferencia como indica el libro de Plan de Retiro o la póliza del Plan de Salud y Seguridad.**

#### PLAN DE SALUD Y SEGURIDAD (usted puede poner a cualquier persona)

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| Beneficiario _____       | Relación _____                |
| Dirección _____          | Número de Seguro Social _____ |
| Número de Teléfono _____ | Correo Electrónico _____      |

#### PLAN DE PENSIÓN – INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO – CONYUGUE SOBREVIVIENTE

“El Plan de Retiro de Obreros-Empleadores de Alaska requiere que al fallecer usted, sus beneficios de jubilación adquiridos sean pagados a su cónyuge sobreviviente. Si usted no designa a su cónyuge como su beneficiario y su cónyuge sigue vivo(a) en el momento que usted fallece, su cónyuge puede tener el derecho a parte de sus beneficios dependiendo de las leyes del estado en donde usted viva.”  
 Si no esta casado, indique su beneficiario (puede ser cualquier persona)

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| Beneficiario _____       | Relación _____                |
| Dirección _____          | Número de Seguro Social _____ |
| Número de Teléfono _____ | Correo Electrónico _____      |

Verifico que la información que aparece arriba es correcta y completa según mi leal saber y entender. **Adjuntos están copias legales de nuestro certificado de matrimonio, certificados de nacimiento, documentación de adopción o tutela aprobada por la corte.** La información arriba será usada para determinar elegibilidad para reclamos/beneficios. Estoy consciente de lo siguiente, “una persona que sabiendo y con intención de lesionar, defraudar, o engañar una compañía de seguro presenta un reclamo conteniendo información falsa, incompleta o engañosa es culpable de una felonía” (Código de Seguro de Alaska, Sección 21.36.380).

|   |                   |       |
|---|-------------------|-------|
| Firma (debe de estar firmado por el miembro participante) | Firma del Cónyuge | Fecha |
|---|-------------------|-------|

## **AVISO**

Se le informa que esta forma DEBE estar firmada por el miembro participante para que la que designación de beneficiario sea válida.

### **DEFINICIÓN DE UN DEPENDIENTE ELEGIBLE.**

La elegibilidad de un dependiente es determinada por las horas que usted ha trabajado. Llame a la Oficina de Administración si tiene preguntas sobre elegibilidad.

Sus dependientes elegibles son su cónyuge legal y cualquier hijo(a) menor de veintiséis (26) años de edad. Un hijo(a) dependiente elegible también debe satisfacer uno de los siguientes criterios:

1. Un hijo(a) natural del participante como se muestra en el certificado de nacimiento.
2. Un hijo(a) legalmente adoptado:

Un niño(a) menor de edad puesto con usted con el propósito de adopción legal será cubierto desde el momento que el niño sea puesto bajo su tutela.

La cobertura del niño(a) continuara hasta que ocurra cualquiera de lo siguiente:

- El día que el niño(a) sea removido de su custodia antes de la adopción legal; o
  - El día que la cobertura terminaría en acuerdo con las provisiones del plan.
3. Un niño(a) para quien el participante tiene una orden de corte estableciendo una obligación legal para proveer cobertura.
  4. Un hijo(a) natural, o adoptado del cónyuge de un participante cubierto.