



Estimado Miembro:

Por favor llene el formulario de inscripción para que usted reciba sus Beneficios de Bienestar (medico, dental, y vista) y devolver este formulario a lo oficina de fondos.

- Si usted está casado, someter una copia de su licencia de matrimonió.
- Si usted está divorciado, someter una copia del decreto de divorcio.
- Si usted tiene dependientes menores de 26 años, someter una copia del certificado de nacimiento de cada dependiente.

Si formularios de matrícula y / o cualquier otro documento que no se vuelvan a la Oficina de Fondos, beneficio para la salud no estará en efecto hasta se reciben los formularios y / o documentos.

Gracias,

Gloria Díaz

Coordinadora de Bienestar



Local Union 8A-28A Welfare Fund
36-18 33rd Street, 2nd Floor
Long Island City, NY 11106

Formulario de beneficios medicos
(Imprima Claramente)

NOMBRE: APELLIDO	PRIMERO	SEGUNDO	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL	GENERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
-------------------------	----------------	----------------	----------------------------	----------------------	---

DIRECCION:	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO ()
-------------------	---------------	---------------	----------------------	------------------------

ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> LEGALMENT SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	COBERTURA: <input type="checkbox"/> SOLO MIEMBRO <input type="checkbox"/> MIEMBRO Y CONYUGE <input type="checkbox"/> FAMILIA <input type="checkbox"/> MIEMBRO Y NINO (S)
--	--

Anadiendo recién nacido/adopción (dentro del los primero 31 dias de nacimiento o cargo legal)

Fecha de nacimiento o adopción: _____

Nombre: _____ Genero: M/ F

Agregar **Lista de todos las personas que solicitan cobertura incluyendo el conyuge, si corresponde**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION	SEGURO SOCIAL	GENERO	OTRA COBERTURA
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Están los dependientes cubierto bajo cualquier otro plan? Si No

Si es así: Nombre del plan: _____ Numero de ID. _____

direccion: _____ Telefono: () _____

Razon por el cambio: (Si corresponde)

Firma del Miembro: _____ **Fecha:** _____

For office use only

- NEW ENROLLLEE
 CHANGE IN BENEFIT

EMPLOYER NAME:	LOCATION:	EFFECTIVE DATE:	HIRE DATE:	DATE ENTERED:
-----------------------	------------------	------------------------	-------------------	----------------------

Sun Life Insurance and Annuity Company of New York

Designación de Beneficiario



Este formulario es para designar a los beneficiarios que recibirán los réditos de su Seguro de Vida Colectivo si Ud. muriera.

La designación efectuada en este formulario reemplazará toda otra designación previa que Ud. hubiere efectuado.

Las designaciones aplican a su Seguro de Vida Básico así como a cualquier Seguro de Vida Opcional bajo su Póliza Colectiva. Si desea designar diferentes beneficiarios para la cobertura Opcional y la cobertura Básica, indíquelo.

Refiérase a la página 2 de este formulario para más información y para una designación ilustrativa.

1 Información referente al empleado y al empleador

Favor de escribir legiblemente, con letra de molde.

Su nombre (primer nombre, inicial, apellidos)		Número de Seguro Social
Nombre del empleador	Núm. de Póliza Colectiva	Núm. de Facturación del Grupo

2 Designación de beneficiario

Para los Beneficiarios Primarios, anote los nombres de los beneficiarios que recibirán los réditos del Seguro de Vida Colectivo si Ud. muriera.

Favor de anotar sus beneficiarios en los espacios correspondientes. Agregue hojas adicionales si necesita más espacio.

Ud. podrá nombrar múltiples beneficiarios primarios o secundarios. En tal caso, indique el porcentaje de los réditos que le corresponderá a cada uno de ellos. La suma de todos los porcentajes, dentro de cada clasificación (primario y secundario), tendrá que equivaler al 100%. Si no indicara los porcentajes, los réditos serán distribuidos en partes iguales entre los beneficiarios supervivientes, dependiendo de la clasificación aplicable.

Para los Beneficiarios Secundarios (Contingentes), anote los nombres de los beneficiarios que recibirán los réditos del Seguro de Vida Colectivo, si ningún Beneficiario Primario se encontrara en vida al morir Ud.

	Beneficiarios Primarios	Número de Seguro Social	Relación con el Empleado	Porcentaje de los Réditos*
1.	Nombre: Domicilio:			%
2.	Nombre: Domicilio:			%

	Beneficiarios Secundarios (Contingentes)	Número de Seguro Social	Relación con el Empleado	Porcentaje de los Réditos*
1.	Nombre: Domicilio:			%
2.	Nombre: Domicilio:			%

* La suma de todos los porcentajes dentro de cada clasificación (primario y secundario) tendrá que equivaler al 100%.

3 Firma

Empleador: Archive el formulario original firmado con los expedientes del empleado.

Importante: Para que su designación de beneficiario entre en vigor, Ud. tendrá que firmar y fechar este formulario. Saque una copia para guardarla con sus documentos importantes y entréguele el formulario original firmado a su empleador.

Proceda a la próxima página

Firma del empleado X	Fecha de la firma
-------------------------	-------------------

Terminología alternativa para referirse a los beneficiarios

Beneficiarios Propuestos	Sugerencias
1. Caudal hereditario	Caudal hereditario
2. Un beneficiario	Juana Pérez, esposa
3. Múltiples beneficiarios con distribución en partes iguales	Sara Pérez, María Pérez y Ricardo Pérez, sus hijos o sus supervivientes, con distribución en partes iguales.
4. Dos beneficiarios, sucesivamente	Primario: Juana Pérez, esposa; Secundario: Ricardo Pérez, hijo. <i>(Ricardo recibirá los réditos únicamente si Juana Pérez no se encontrara en vida al morir el empleado.)</i>
5. Un beneficiario seguido por dos, con distribución en partes iguales	Primario: Juana Pérez, esposa; Secundario: Sara Pérez y María Pérez, sus hijos o sus supervivientes, con distribución en partes iguales. <i>(Sara y María recibirán los réditos únicamente si Juana Pérez no se encontrara en vida al morir el empleado.)</i>
6. Múltiples beneficiarios con distribución en partes iguales, en orden descendiente	Sara Pérez, María Pérez y Ricardo Pérez o sus supervivientes, con distribución en partes iguales. No obstante, si algún hijo mío hubiere fallecido antes que yo y dicho hijo hubiere dejado herederos que se encontraran en vida en la fecha de mi muerte, los réditos correspondientes al hijo fallecido serán distribuidos en partes iguales entre sus herederos.
7. Uno o múltiples hijos menores de edad	Juan López, el custodio de Sara Pérez (una menor de edad), a tenor de la Ley Uniforme de Transferencias a Personas Menores de Edad (<i>Uniform Transfers to Minors Act</i> o UTMA, por sus siglas en inglés) podrá recibir los réditos destinados a Sara para administrarlos hasta que la niña cumpla su mayoría de edad.
8. Una iglesia o una organización no lucrativa	Nombre y domicilio de la organización designada como beneficiaria.
9. Beneficiarios designados con porcentajes fijos	Juan López, hermano – 40%, o en el caso de su muerte a mi caudal hereditario; Pedro López, hermano – 60%, o en el caso de su muerte, a mi caudal hereditario.
10. Fideicomiso estipulado en el último testamento	Los réditos serán adjudicados al fideicomisario nombrado en mi último testamento.
11. Fideicomiso existente	Sara Pérez, fideicomisario del fideicomiso de la familia Pérez, con fecha 1/1/2001.

Hágase saber que: Ud. no podrá nombrar a su empleador como beneficiario de los réditos provenientes del Seguro de Vida Colectivo estipulados en la Póliza Colectiva.

Los réditos del Seguro de Vida correspondientes a los Dependientes del empleado, serán adjudicados al empleado o al caudal hereditario del mismo, si los dependientes no se encontraran en vida al morir el empleado.

Sun Life Insurance and Annuity Company of New York no es una organización de asesoría fiscal o legal, y hágase saber que lo detallado en este documento únicamente representa información general. Quizás desee consultar con su asesor fiscal o legal antes de formular su designación de beneficiarios.

NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document.

ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la versión original del documento redactada en inglés.