

CEMENT MASONS AND PLASTERERS TRUST FUNDS

ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

FORMULARIO DE INSCRIPCION

F16

Estado: AK [] or WA [] Local No _____

IMPORTANTE: Favor de completar este formulario en su totalidad, nombrando a todos sus dependientes elegibles (conyugue y/o hijos) y beneficiario actual. Este formulario reemplazara cualquier otro formulario/designación de beneficiario en los archivos de la Oficina de Administración.

[] Nuevo Miembro [] Cambio de Dirección [] Cambio de Nombre [] Cambio/Añadir Dependiente(s)

Table with 6 columns: NOMBRE, NUMERO DE SEGURO SOCIAL, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO, RELACION AL MIEMBRO, Marcar si es hijastro, de acogido, o adoptado

Dirección de Correo (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Número de Teléfono Correo Electrónico

Cónyuge Fecha de Matrimonio

Table for Dependientes Elegibles (ver al reverso para definición)

1. ¿Está cubierto usted, su esposa(o) u otros dependientes o es elegible para inscribirse a otro plan médico, dental o de visión incluyendo Medicare?

Nombre de la Persona con otra Cobertura Número de Seguro Social Número de Identificación o Póliza

Nombre y Dirección de la Compañía de Seguro Ciudad Estado Código Posta

2. Otro Seguro cubre: [] Miembro [] Conyugue [] Hijos 3. Cobertura Incluye: [] Medico [] Dental [] Visión

DESIGNACION DE BENEFICIARIO Usted puede nombrar a cualquier persona como su Beneficiario para recibir beneficios del Fondo.

PLAN DE SALUD Y SEGURIDAD

Form for PLAN DE SALUD Y SEGURIDAD: Nombre del Beneficiario, Dirección del Beneficiario

PLAN DE PENSIÓN – Indemnización por fallecimiento

Form for PLAN DE PENSIÓN – Indemnización por fallecimiento: Nombre del Beneficiario, Dirección del Beneficiario

PLAN DE 401(K) – Indemnización por fallecimiento

Form for PLAN DE 401(K) – Indemnización por fallecimiento: Nombre del Beneficiario, Dirección del Beneficiario

Verifico que la información que aparece arriba es correcta y completa según me leal saber y entender y que reemplaza cualquier designación de beneficiario firmada anteriormente a la fecha mostrada abajo.

Firma (debe estar firmado por el miembro participante) Fecha

AVISO

Favor de tener en cuenta que este formulario DEBE de estar firmado por el miembro participante para que la designación del beneficiario sea válida.

Completar este Formulario de Inscripción no establece a una garantía de beneficios. Los beneficios son basados en elegibilidad y provisiones del Plan en efecto en el tiempo de servicios. Favor de referirse a su libro de Descripción Resumida del Plan para las reglas de elegibilidad y una lista completa de beneficios.

La Junta Directiva reserva los derechos a requerir cualquier y todos los documentos para verificar ese status de Dependientes Elegibles.

Favor de notar, en orden para que el plan dental y de visión del Fondo sean considerados beneficios exentos para propósitos de la ley federal, el Fondo esta requerido a proveerle a usted con la opción de optar fuera del plan dental y de visión del Fondo. Optar fuera del plan dental y de visión del Fondo, no cambiara su deducción de banco de dólares o las contribuciones requeridas para obtener la cobertura del Fondo. Si aun así usted quiere optar fuera del plan dental y de visión del Fondo, favor de mandar una petición por escrito a la Oficina de Administración a la dirección que aparece en el Formulario de Inscripción.

DEFINICION DE UN DEPENDIENTE ELEGIBLE

Su Dependiente Elegible incluye:

1. Su legítima esposa(o); y
2. Sus Hijos Dependientes Elegibles. Los Hijos Dependientes Elegibles incluyen sus hijos naturales, sus hijos adoptados, sus hijastros o hijos puestos con usted por adopción que son menores de 26 años. Además, los Hijos Dependientes Elegibles incluyen niños acogidos puestos legalmente por una agencia, decreto u orden por una corte con jurisdicción calificada. Hijos Dependientes Elegibles también incluye a niños, aparte de los mencionados arriba, para los cuales usted tiene custodia legal o tutela legal otorgada por un decreto u orden por una corte calificada y siempre y cuando los niños dependen de usted para sustento y viven con usted en una relación de padre e hijo.
3. Conforme a la ley federal, el Fondo también provee cobertura para ciertos hijos dependientes (llamados recipientes alternativos) si es mandado a hacerlo por una Orden de Sustento Medico para Menores (QMCSO por sus siglas en inglés) emitida por una corte u agencia de estado con jurisdicción calificada.
4. Su hijo(a) dependiente que no está casado(a), discapacitado mental y discapacitado físicamente puede continuar con cobertura después de cumplir 26 años de edad si su hijo(a) depende solamente de usted para sustento, y no es capaz de tener un trabajo para mantenerse a si mismo por razón de discapacidad mental o discapacidad física y puesto que el dependiente era un Hijo Dependiente Elegible al tiempo de cumplir los 26 años de edad. Usted debe someter prueba escrita sobre la discapacidad a la Oficina de Administración dentro de los 31 días que el hijo cumpla los 26 años de edad. Al recibir las pruebas, la Oficina de Administración tiene el derecho de designar un doctor para examinar el hijo(a) cuando razonablemente lo requiera, pero no más de una vez cada dos años. La elegibilidad para los hijos dependientes discapacitados o minusválidos terminara cuando la discapacidad ya no exista, o cuando usted falle en someter evidencia requerida de la discapacidad como es pedido por la Oficina de Administración.

Los siguientes no son considerados sus Dependientes Elegibles:

1. Su conyugue legalmente separado o divorciado.
2. Un hijo(a) que ha sido legalmente adoptado por otra persona. La elegibilidad termina el día que los padres adoptivos asuman custodia.
3. Un hijo(a) que ha cumplido la edad límite máxima. La edad límite máxima es cuando el niño(a) cumpla 26 años.