



**CEMENT MASONS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND
FOR NORTHERN CALIFORNIA**
 220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1499
 Telephone: (707) 864-3300 or Toll-Free at 1-888-245-5005
 E-Mail Address: customerservice@norcalcementmasons.org
 Website: http://www.norcalcementmasons.org

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO (10)
EFFECTIVE DATE:
HCID: CM
ELIGIBILITY CODE/PURCHASER NO.:

FORMA DE SOLICITUD DE BENEFICIOS: PLAN ACTIVO

INFORMACION DEL EMPLEADO (Por favor imprima claramente utilizando pluma de tinta negra)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	PRIMER NOMBRE	MEDIO	APELLIDO			
DOMICILIO RESIDENCIAL (no Apartado Postal)		CIUDAD	ESTADO CODIGO POSTAL			
NÚMERO DE TELÉFONO	UNIÓN LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A
		MES	DÍA	AÑO		

OPCIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD

IMPORTANTE: Usted y sus dependientes deberán inscribirse en el mismo Plan de Beneficios. Marque solamente un cuadro.

<input type="checkbox"/> PLAN DE SALUD ADMINISTRADO POR EL FONDO DE LOS ALBAÑILES DE CEMENTO	<input type="checkbox"/> KAISER PERMANENTE SI ES AHORA O FUE ANTES MIEMBRO DE KAISER ESCRIBA SU NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO: _____
---	--

INFORMACION DE DEPENDIENTE (Haga una lista de todos los dependientes que va a inscribir. Use el reverso si necesita mas espacio.)

ESCRIBA EL PRIMER NOMBRE Y INICIAL 2º NOMBRE (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE DEL PARTICIPANTE.)	FECHA DE NAC. MES / DÍA / AÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SI ES AHORA O FUE ANTES MIEMBRO DE KAISER ESCRIBA SU NUMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO	RELACIÓN DEL DEPENDIENTE	SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO
1.				CÓNYUGE	
2.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> STUDENT
3.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> STUDENT
4.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> STUDENT
5.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> STUDENT
6.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> STUDENT

*Solicito la membresía en el plan de salud para las personas que aparecen en la lista y estoy de acuerdo en cumplir con las disposiciones del Convenio de Servicio de Kaiser o las Reglas y Regulaciones del Plan de Salud Administrada por el Fondo, cualquiera aplique. Convenio de Arbitraje del Plan de Salud de Kaiser Foundation: Entiendo que (excepto en los casos para los Tribunales de Reclamos Pequeños, los reclamos sujetos al procedimiento de apelaciones de Medicare y en caso de que mi Grupo deba cumplir con la ley ERISA en ciertas disputas relacionadas a los beneficios) cualquier disputa entre yo, mis herederos u otras partes relacionadas por un lado y el Plan de Salud, sus proveedores de salud u otras partes relacionadas por otro lado, por la violación alegada de cualquier deber que surja o se relacione a la membresía, incluyendo los reclamos por mala práctica médica o de hospital o responsabilidad por daños en las instalaciones o relacionada a la cobertura o a la entrega de servicios o artículos, sin importar la teoría legal, deberán decidirse por arbitraje obligatorio de acuerdo a la ley de California y no por medio de un proceso de los tribunales, excepto como lo indique la ley aplicable para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Quedo de acuerdo en renunciar a mi derecho a un juicio ante un jurado y acepto la utilización del arbitraje obligatorio. Entiendo que la Evidencia de Cobertura contiene la disposición completa relacionada al arbitraje. *Por este medio certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información que se da en esta forma es cierta, correcta y completa a mi mejor saber y entender.* Su solicitud no se aceptará sin su firma abajo.*

Fecha: _____ Firma del Empleado: _____

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO (Por favor no escriba en este espacio)	
<input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE <input type="checkbox"/> OPEN ENROLLMENT <input type="checkbox"/> ADD DEPENDENT <input type="checkbox"/> NEWBORN <input type="checkbox"/> COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT _____	REMARKS: DATE: _____ BY: _____