



**CEMENT MASONS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND
FOR NORTHERN CALIFORNIA**

4160 Dublin Blvd, Suite 400, Dublin, CA 94568

Telephone: 707 864-3300 or Toll-Free at 888-245-5005

E-Mail Address: nccmenrollment@hsba.com

Website: www.norcalcementmasons.org

FUND OFFICE USE ONLY
EFF. DATE:
HCID: HA
ELIGIBILITY CODE/GROUP NO.:

FORMA DE SOLICITUD DE BENEFICIOS: PLANES ACTIVOS

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

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

OPCIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (Usted y sus dependientes deberán inscribirse en el mismo Plan de Beneficios)

PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS ALBAÑILES DE CEMENTO

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)

RELACIÓN	GENERO	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
<input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> COMPAÑERO DOMÉSTICO	<input type="checkbox"/> MASCU. <input type="checkbox"/> FEMEN.				
NIÑO	<input type="checkbox"/> MASCU. <input type="checkbox"/> FEMEN.				
NIÑO	<input type="checkbox"/> MASCU. <input type="checkbox"/> FEMEN.				
NIÑO	<input type="checkbox"/> MASCU. <input type="checkbox"/> FEMEN.				

Solicito la membresía al plan de salud. Certifico, bajo pena de perjurio, segun las leyes de California, que la informacion proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa al mejor de mi conocimiento.

FECHA: _____ FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN ARBITRATION AGREEMENT

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA [Employee Retirement and Income Security Act, Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de los Empleados Retirados] y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje obligatorio según las leyes vigentes) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado y, por otro lado, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas contratados, por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relativos a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente indique una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto Evidencia de Cobertura incluye todas las disposiciones del arbitraje.

FECHA

SE REQUIERE UNA FIRMA PARA EL PLAN DE KAISER PERMANENTE

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO (Por favor no escriba en este espacio)

NEW PARTICIPANT OPEN ENROLLMENT NEW DEPENDENT
 COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT _____

REMARKS:

DATE: _____ BY: _____