



1199SEIU National Benefit Fund

Times Square Station, Member Eligibility, P.O. Box 1035, New York, N.Y. 10108-1035

ENROLLMENT FORM Formulario de Inscripción

THIS FORM IS STRICTLY CONFIDENTIAL. YOU MUST ANSWER ALL THE QUESTIONS. PRINT CLEARLY IN INK AND SIGN THE BACK.
ESTE FORMULARIO ES Estrictamente CONFIDENCIAL. USTED DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS. ESCRIBA CON TINTA EN LETRA DE MOLDE Y FIRME EL FORMULARIO AL DORSO.

MEMBER INFORMATION / DATOS DEL MIEMBRO				SECTION ONE / SECCION UNO					
1. MEMBER NAME <i>Nombre del Miembro</i> (Last) (<i>Apellido</i>)		(First) (<i>Nombre</i>)	(M.I.) (<i>Inicial</i>)	2. SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social</i>		3. DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i>		4. SEX <i>Sexo</i>	
5. ADDRESS <i>Dirección</i>			APT. # <i>Apartamento #</i>			Mo Day Year Mes Día Año		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>		ZIP CODE <i>Zona Postal</i>						
8A. For purposes of statistical/demographic information, we ask you to provide the following information. PLEASE CHECK ONE: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other <i>Para propósitos de información estadística/demográfica, solicitamos nos puedan proveer la siguiente información.</i> <i>Por favor marque una: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro</i>				6. AREA CODE & HOME PHONE NUMBER <i>Código de área y número de teléfono residencial</i>		7. MARITAL STATUS <i>Estado Civil</i>	8. MARRIAGE DATE <i>Fecha de Matrimonio</i>		
				9. SPOUSE'S FULL NAME (Last, First, Middle Initial) <i>Attach copy of Marriage Certificate and social security card.</i> <i>Nombre completo del cónyuge (Apellido, Nombre, Inicial) Anexe una Copia del Certificado de Matrimonio y la tarjeta de seguro social</i>				6A. E-MAIL <i>Correo Electrónico</i>	
12. YOUR CHILD(REN)'S NAME(S) <i>Attach copy of Birth Certificate and social security card for each dependent.</i> <i>Los nombres de sus hijos(as) Anexe una copia del certificado de nacimiento y la tarjeta de seguro social de cada dependiente</i>		13. SEX <i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	14. DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i>		15. RELATIONSHIP <i>Parentesco</i>		16. SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social</i>		
1			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Mo Day Year Mes Día Año					
				Mo Day Year Mes Día Año					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Mo Day Year Mes Día Año					
				Mo Day Year Mes Día Año					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Mo Day Year Mes Día Año					
Mo Day Year Mes Día Año									
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Mo Day Year Mes Día Año						
			Mo Day Year Mes Día Año						

1199SEIU EMPLOYER & EMPLOYMENT HISTORY / SE EMPLEADOR 1199 Y SUS ANTECEDENTES DE EMPLEO ANTERIORES												SECTION TWO / SECCION DOS					
YOUR 1199SEIU EMPLOYER						WORK PHONE											
17. Su empleador 1199SEIU																	
18. ADDRESS <i>Dirección</i>																	
CITY <i>Ciudad</i>		STATE <i>Estado</i>				ZIP <i>Zona Postal</i>											
19. STARTING DATE <i>Fecha de Comienzo</i>		20. <input type="checkbox"/> FULL-TIME <input type="checkbox"/> PART-TIME <input type="checkbox"/> PER DIEM <input type="checkbox"/> TEMP. <i>Tiempo Completo Tiempo Parcial Jornalero Temp.</i>		21. HOURS PER WEEK <i>Horas por semana</i>		22. PAY PER WEEK \$ <i>Pago por semana \$</i>		23. CHECK BOX IF REGISTERED NURSE <input type="checkbox"/> <i>Marque esta casilla si es enfermera registrada</i>									
24. JOB TITLE <i>Título del Cargo</i>												25. DEPT. <i>Departamento</i>					
25. IF YOU WORK FOR ANOTHER 1199SEIU EMPLOYER, NAME OF OTHER EMPLOYER <i>Si trabaja para otro empleador 1199SEIU, nombre del otro empleador</i>																	
26. ADDRESS <i>Dirección</i>																	
CITY <i>Ciudad</i>		STATE <i>Estado</i>				ZIP <i>Zona Postal</i>											
27. STARTING DATE <i>Fecha de Comienzo</i>		28. <input type="checkbox"/> FULL-TIME <input type="checkbox"/> PART-TIME <input type="checkbox"/> PER DIEM <input type="checkbox"/> TEMP. <i>Tiempo Completo Tiempo Parcial Jornalero Temp.</i>		29. HOURS PER WEEK <i>Horas por semana</i>		30. PAY PER WEEK \$ <i>Pago por semana \$</i>											

31. PLEASE INDICATE PREVIOUS EMPLOYMENT *Por favor indique el empleo anterior*

	EMPLOYER <i>Empleador</i>	1199SEIU JOB <i>Empleo 1199SEIU</i>		CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	DATE STARTED <i>Fecha de Comienzo</i>			DATE ENDED <i>Fecha de Terminación</i>			
		YES <i>Sí</i>	NO <i>No</i>			MONTH <i>Mes</i>	DAY <i>Día</i>	YEAR <i>Año</i>	MONTH <i>Mes</i>	DAY <i>Día</i>	YEAR <i>Año</i>	
1												
2												

PLEASE CONTINUE COMPLETION OF THIS FORM ON REVERSE SIDE *Sírvase continuar llenando el formulario al dorso*

32. NAME OF SPOUSE'S EMPLOYER _____
Nombre del empleador del cónyuge

33. EMPLOYER'S ADDRESS _____
Dirección del empleador
 CITY _____ STATE _____ ZIP _____
Ciudad Estado Zona Postal

34. DOES YOUR SPOUSE HAVE OTHER HEALTH INSURANCE COVERAGE? YES NO
¿Tiene su cónyuge otra cobertura de seguro médico Sí No

35. IF YES, NAME OF INSURANCE PLAN _____
Si la respuesta es sí, nombre del plan de seguro

36. POLICY/GROUP NUMBER _____
Número de póliza/grupo

37. Please indicate the type of coverage: Hospital Surgical Major Medical
Por favor indique el tipo de cobertura: Hospital Quirúrgico Médico mayor
 Medical (Office Visits, Lab) Vision Dental
Médico (Visitas al consultorio, análisis de laboratorio) Visión Dental

38. DOES THIS PLAN ALSO INCLUDE PRESCRIPTION COVERAGE? YES NO
¿Incluye este plan también la cobertura de receta médica? Sí No

39. EFFECTIVE DATE OF COVERAGE _____
Fecha efectiva de la cobertura

40. IS THIS COVERAGE INDIVIDUAL OR FAMILY? IND. FAMILY
¿Es esta cobertura individual o familiar? Ind. Familiar

41. DOES YOUR DEPENDENT CHILD(REN) HAVE OTHER HEALTH INSURANCE? YES NO
¿Tienen sus hijos/as dependientes otro seguro médico? Sí No

42. IS THIS INSURANCE THE SAME AS ABOVE? YES NO
¿Es este seguro el mismo que el indicado arriba? Sí No

43. NAME OF OTHER PARENT _____
Nombre del otro padre/madre

44. NAME OF OTHER PARENT'S EMPLOYER _____
Nombre del empleador del otro padre/madre

45. ADDRESS OF OTHER PARENT'S EMPLOYER _____
Dirección del empleador del otro padre/madre
 CITY _____ STATE _____ ZIP _____
Ciudad Estado Zona Postal

46. SOCIAL SECURITY NUMBER _____ 47. DATE OF BIRTH _____
Número de Seguro Social Fecha de nacimiento

BENEFICIARY INFORMATION / DATOS DE BENEFICIARIOS

SECTION FOUR / SECCION CUATRO

BENEFICIARY INFORMATION—FOR YOUR LIFE INSURANCE. Insert name and address of person(s) to whom your Life Insurance is to be paid. State how the person(s) are related to you. If a minor (under age 18), state age, and indicate the name of the person who will act as the Guardian in the Remarks Section below until the minor attains age 18. Please check the PRIMARY box for the person to whom you want this benefit paid. If you want to list someone else in case your PRIMARY choice dies before you, mark this person or person(s) as SECONDARY. If you want more than one person to share equally in this benefit, those individuals must be marked as PRIMARY. If additional space is needed, please use the "Remarks" section below or attach a separate sheet. If you authorize the Fund to assign up to 1/3 of your insurance benefit directly to the Funeral Home or cemetery, in the event that the Fund is notified that your funeral expenses have not been otherwise paid or guaranteed to be paid, check the following box.

DATOS DE BENEFICIARIOS — DE SU SEGURO DE VIDA. Indique el nombre y dirección de la persona o personas a las cuales deberá pagarse su seguro de vida. Indique el parentesco que tiene dicha persona o personas con usted. En caso de un menor de edad (menor de 18 años de edad), indique en la sección titulada "Comentarios" más abajo la edad y el nombre de la persona que actuará como tutor hasta que el menor cumpla los 18 años de edad. Sírvase marcar la casilla PRIMARIO para indicar la persona a la cual desea que se pague este beneficio. Si desea designar a otra persona en caso de que su beneficiario PRIMARIO muriera antes que usted, marque la casilla SECUNDARIO al lado de esta persona. Si desea que este beneficio sea compartido a partes iguales entre más de una persona, dichas personas deberán indicarse como beneficiarios PRIMARIOS. Si necesita más espacio, sírvase usar la sección titulada "Comentarios" más abajo o anexar una hoja adicional. Si usted desea autorizar al Fondo que asigne hasta 1/3 de su beneficio de seguro de vida directamente a la Funeraria o cementerio en caso de que el Fondo sea notificado de que no han sido pagados o no se ha garantizado el pago de sus gastos de entierro, sírvase marcar esta casilla.

48. NAME OF BENEFICIARY (Last, First, Middle Initial) <i>Nombre del beneficiario (Apellido, nombre, inicial)</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social</i>	<input type="checkbox"/> Primary Primario <input type="checkbox"/> Secondary Secundario	RELATIONSHIP TO MEMBER <i>Parentesco con el Miembro</i>	BIRTH DATE (if under 18) <i>Fecha de Nacimiento (menores de 18 años de edad)</i> Mo Day Year Mes Día Año
STREET ADDRESS OF BENEFICIARY <i>Dirección Postal del Beneficiario</i>	CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Zona Postal</i>	
49. NAME OF BENEFICIARY (Last, First, Middle Initial) <i>Nombre del beneficiario (Apellido, nombre, inicial)</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social</i>	<input type="checkbox"/> Primary Primario <input type="checkbox"/> Secondary Secundario	RELATIONSHIP TO MEMBER <i>Parentesco con el Miembro</i>	BIRTH DATE (if under 18) <i>Fecha de Nacimiento (menores de 18 años de edad)</i> Mo Day Year Mes Día Año
STREET ADDRESS OF BENEFICIARY <i>Dirección Postal del Beneficiario</i>	CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Zona Postal</i>	
50. NAME OF BENEFICIARY (Last, First, Middle Initial) <i>Nombre del beneficiario (Apellido, nombre, inicial)</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social</i>	<input type="checkbox"/> Primary Primario <input type="checkbox"/> Secondary Secundario	RELATIONSHIP TO MEMBER <i>Parentesco con el Miembro</i>	BIRTH DATE (if under 18) <i>Fecha de Nacimiento (menores de 18 años de edad)</i> Mo Day Year Mes Día Año
STREET ADDRESS OF BENEFICIARY <i>Dirección Postal del Beneficiario</i>	CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Zona Postal</i>	

REMARKS *Comentarios:*

This Enrollment Form is for Fund use only and will not be released to any third party except where necessary for the administration and operation of the Fund, or where otherwise required by law. THE FOREGOING STATEMENTS ARE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE TRUE AND COMPLETE. I AUTHORIZE ANY HOSPITAL, PHYSICIAN, OR OTHER HEALTH CARE PROVIDER TO RELEASE TO NBF AND ITS AGENTS ANY RECORDS OR INFORMATION, WITHOUT RESTRICTION, CONCERNING ME OR ANY MEMBER OF MY FAMILY RECEIVING BENEFITS FROM NBF. UNLESS I REVOKE IT IN WRITING, THIS AUTHORIZATION WILL BE EFFECTIVE AS LONG AS I AM A PARTICIPANT IN NBF. A PHOTOCOPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE AS VALID AS THE ORIGINAL. I understand that under the terms of the Plan (SPD p.3-1), the National Benefit Fund has a right to be reimbursed for any money it pays on my behalf for expenses caused by a third party. If the Fund pays any such claims, it will have a lien on payments I receive from, or on behalf of, the third party and I agree to pay back the Fund for any payments it has made. This agreement will be effective for all benefits incurred while I am a participant in the Fund, even if I receive payments from or on behalf of a third party when I am no longer a participant. *Este formulario de inscripción es para uso por el Fondo solamente y no será divulgado a ningún tercero excepto cuando sea necesario para la administración y operación del Fondo o cuando de otra manera sea obligatorio por ley. A MI MEJOR SABER Y ENTENDER, LAS DECLARACIONES QUE ANTECEDEN SON VERDADERAS Y COMPLETAS. POR ESTE MEDIO AUTORIZO A CUALQUIER HOSPITAL, MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA QUE DIVULGUE A NBF Y SUS AGENTES, CUALESQUIER EXPEDIENTES O INFORMACIÓN ALGUNA, CON RESPECTO A MÍ O A CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA QUE RECIBIERA BENEFICIOS DE NBF. SALVO QUE REVOQUE ESTA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, PERMANECERÁ EN VIGOR MIENTRAS YO SEA PARTICIPANTE DE NBF. UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ IGUALMENTE VÁLIDA COMO EL ORIGINAL DE LA MISMA. Entiendo que bajo los términos del Plan (SPD p. 31), National Benefit Fund tiene el derecho de ser reembolsado por cualquier dinero que pagara en mi nombre por concepto de gastos ocasionados por un tercero. Si el Fondo pagara cualquier tal reclamación, tendrá un gravamen sobre los pagos que yo recibiera de, o en nombre del tercero y acuerdo reintegrar al Fondo cualesquier pagos hechos por dicho Fondo. El presente acuerdo será válido con respecto a todos los beneficios incurridos mientras yo sea participante del Fondo, incluso si yo recibiera pagos de, o en nombre de un tercero cuando ya haya dejado de ser participante.*

MEMBER'S SIGNATURE *Firma del Miembro* _____ **DATE** *Fecha* _____
 IF YOU DO NOT SIGN AND DATE THIS FORM IT WILL BE RETURNED TO YOU AND YOU WILL NOT BE ENROLLED.
 SI NO FIRMA Y FECHA ESTA FORMULARIO, LE SERÁ DEVUELTO Y NO SE LE INSCRIBIRÁ.