

IBEW Local 733 INSCRIPCIÓN / FORMULARIO DE CAMBIO 2025

POR FAVOR ESCRIBA CON CLARIDAD



Insurance | Risk Management | Consulting

Información del Empleado. Por favor, use un bolígrafo. Complete cada sección, **firmela** y devuélvala al IBEW LOCAL 733, Salón Sindical.

Fecha de efectividad: _____ **Si se solicita un cambio, motivo del cambio:** _____

Bacha #: _____ MyID: _____

Nombre del empleado (Nombre / Inicial del segundo nombre / Apellido)		Fecha de nacimiento	Número de seguro social	
Dirección postal		Género	Estado civil	
Ciudad	Estado	Código Postal	Título profesional	Fecha de contratación
Dirección de correo electrónico		Teléfono de casa	Teléfono móvil	

Elija solo UNO de estos planes Dentales:

(Si está rechazando la cobertura dental, indíquelo a continuación)

Dental – Básico	Solo Empleados	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
ó	<input type="checkbox"/> \$5.65	<input type="checkbox"/> \$11.89	<input type="checkbox"/> \$15.33	<input type="checkbox"/> \$21.01
Dental – Mejorado	Solo Empleados	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
	<input type="checkbox"/> \$9.98	<input type="checkbox"/> \$19.70	<input type="checkbox"/> \$25.80	<input type="checkbox"/> \$35.51

Marque la casilla a continuación si ESTÁ RECHAZANDO la cobertura dental.

Entiendo que mis dependientes y yo no podemos inscribirnos nuevamente en este plan hasta la próxima inscripción abierta, a menos que tenga un evento calificado.

Visión	Solo Empleados	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
	<input type="checkbox"/> \$2.33	<input type="checkbox"/> \$3.92	<input type="checkbox"/> \$4.00	<input type="checkbox"/> \$6.33

Marque la casilla a continuación si ESTÁ RECHAZANDO la cobertura de la vista.

Entiendo que mis dependientes y yo no podemos inscribirnos nuevamente en este plan hasta la próxima inscripción abierta, a menos que tenga un evento calificado.

Nombre (Nombre / Inicial 2^{do} / Apellido)	Género	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Hijo con Discapacidad?
Esposa				N / A
Niño			N / A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Niño			N / A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Niño			N / A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Niño			N / A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Autorización: Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga información sobre mi elegibilidad para beneficios o reclamos a divulgar dicha información al administrador del reclamo. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez y eficacia que el original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito. Mi firma a continuación confirma que toda la información y las declaraciones en este formulario son completas, exactas y veraces a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración falsa en este documento puede ser motivo de desestimación y puede resultar en la anulación de mi cobertura a partir de su fecha de vigencia, sin beneficios pagaderos. Entiendo que si posteriormente solicito la cobertura, estoy renunciando a las exclusiones por condiciones preexistentes y otras limitaciones que podrían aplicarse. Si he rechazado alguna de las coberturas mencionadas anteriormente, entiendo que no tendré cobertura para los beneficios de este plan grupal para el cual soy elegible. Entiendo que posteriormente podría tener que presentar evidencia de asegurabilidad si deseo estas coberturas en una fecha posterior. También autorizo a IBEW Local 733 a reducir mi salario después de impuestos para cubrir los beneficios que he elegido. Asimismo, autorizo a IBEW Local 733 a continuar con estas deducciones hasta que decida cambiar o cancelar dichas elecciones durante la inscripción abierta.

Firma del empleado _____ **Fecha** _____