



2022 Formulario de inscripción Año del plan: 1 de abril, 2022 al 31, de marzo 2023

Ingenieros Operativos del Medio Oeste
Fondo de Beneficios Complementarios Oficina
Plan de salud Cobertura
6150 Joliet Road
Campo, IL 60525

INFORMACIÓN SOBRE USTED

Nombre del miembro:
(Último, Primero, Inicial del medio, Sufijo [por ejemplo, "Jr."], si corresponde)

Número de identificación médica:

Domicilio del miembro

Calle:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono residencial: Teléfono celular: Correo electrónico:

Estado civil: Soltero Csado Viudo Divorciado Fecha de nacimiento:

OPCIONES DE SU PLAN DE SALUD

Opción de plan de salud: **Plan B-1 (Mensual) PPO**

Nivel de cobertura: Solo para miembros Familia

PERSONAS QUE ESTARÁN CUBIERTAS*

	Nombre (Último, Primero, Middle Inicial)	Seguridad social #	Género		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	¿Discapacitado antes de los 26 años? **	
			Masculino	Hembra		Sí	No
Miembro			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si tiene más dependientes, use la parte posterior de este formulario.

** Si tiene un dependiente que está discapacitado y quedó discapacitado antes de los 26 años, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros en la Oficina del Fondo al 708-579-6600.

Si alguno de sus dependientes vive en una dirección diferente a la suya, complete la siguiente información para cada uno de ellos:

Nombre(s)	Dirección(es)

Firma del miembro

Fecha

Al firmar arriba, certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta, y que yo y mis dependientes enumerados en este formulario tenemos derecho a la cobertura que he elegido. Declaro que toda la información y las declaraciones hechas en este documento son completas y fieles a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración errónea u omisión puede anular toda la cobertura solicitada para mí y mis dependientes que se muestra en este formulario.

El Fondo sigue procedimientos para proteger la privacidad de la información de salud de todos los participantes del plan. El Aviso de privacidad del plan de salud resume esos procedimientos y está disponible para usted y sus dependientes. Si usted o sus dependientes están interesados en recibir una copia del Aviso, comuníquese con la Oficina del Fondo.

PERSONAS QUE SERÁN CUBIERTAS *continuación*

	Nombre (Último, Primero, Middle Inicial)	Seguridad social #	Género		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	¿Discapacitado antes de los 26 años? *	
			Masculino	Hembra		Sí	No
Niño			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si tiene un dependiente que está discapacitado y quedó discapacitado antes de los 26 años, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros en la Oficina del Fondo al 708-579-6600.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA CADA DEPENDIENTE

Si está agregando un dependiente durante el período de inscripción, este formulario y los documentos requeridos (detallados a continuación) deben recibirse en la Oficina del Fondo durante el período de inscripción (**90 días a partir de su fecha de vigencia de elegibilidad inicial**) para que la cobertura del dependiente comience retroactivamente a su fecha de vigencia de elegibilidad inicial, suponiendo que el dependiente pueda ser validado por la Oficina del Fondo. La única excepción es en el caso de un nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si solicita cobertura pero no proporciona los documentos requeridos **dentro del período requerido de 90 días**, la inscripción entrará en vigencia el primero del mes siguiente a la fecha en que la Oficina del Fondo reciba toda la documentación requerida. La documentación requerida debe recibirse dentro de un período de 12 meses a partir de la fecha de nacimiento.

Tipo dependiente	Documentación requerida
Miembro	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento del condado • Tarjeta de Seguro Social
Esposo	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de matrimonio del condado • Tarjeta de Seguro Social del Cónyuge • Certificado de nacimiento del condado del cónyuge • Información de empleo del cónyuge, si corresponde • Otra tarjeta de seguro grupal del cónyuge, si corresponde
Hijo o hijastro	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento del condado • Tarjeta de Seguro Social • Cuestionario para padres con custodia: debe completarse para hijastros y / o hijos naturales que no residen en el hogar del miembro - copia de la orden judicial, si corresponde. • ACEF completado - solo para dependientes adultos
Adoptado Child	<ul style="list-style-type: none"> • Carta o registro de adopción que muestre la fecha de adopción, firmada y fechada por un funcionario de la corte • Certificado de nacimiento del condado • Tarjeta de Seguro Social