

INSCRIPCIÓN EN LOS BENEFICIOS

WWW.SWHBF.COM



Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (DD / MM / AAAA)	
Domicilio		Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono particular	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo			

DATOS DE LOS DEPENDIENTES

Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellidos)	Relación	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
				☐ Masculino ☐ Femenino
				☐ Masculino ☐ Femenino
				☐ Masculino ☐ Femenino
				☐ Masculino ☐ Femenino
				☐ Masculino ☐ Femenino
				☐ Masculino ☐ Femenino
				☐ Masculino ☐ Femenino

NOTA: Se debe presentar documentación cuando se añadan cónyuges y/o personas a cargo - licencia de matrimonio, certificado de nacimiento, etc.

AUTORIZACIÓN

Con este formulario de elección de beneficios, autorizo a mi empleador a inscribir a las personas a mi cargo que se indican más arriba. Entiendo que:

- No puedo modificar esta elección durante el año del plan a menos que se produzca un cambio en mi situación familiar (es decir, matrimonio, divorcio, fallecimiento del cónyuge o de un hijo, nacimiento o adopción de un hijo, cese de empleo del cónyuge) y cualquier otro acontecimiento que el Administrador del Plan determine que permita modificar o revocar una elección.

Firma del empleado

Fecha

** Remitir a la oficina del Fondo en **
8441 Gulf Freeway Suite 304
Houston TX 77017
o puede enviar un fax a la oficina del fondo al
1-866-316-4794



Más información aquí

Si tiene alguna pregunta sobre su plan médico, llame a la oficina del Fondo al 1-866-236-3148
El programa actual de beneficios puede consultarse en el sitio web del Fondo: www.SWHBF.com.