



**LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND  
FOR NORTHERN CALIFORNIA**  
220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498  
Telephone: (707) 864-2800 or Toll-Free at 1-800-244-4530  
E-Mail Address: customerservice@norcalaborers.org  
Website: http://www.norcalaborers.org

<b>FUND OFFICE USE ONLY (610)</b>
EFF. DATE:
HCID: <b>LA</b>
ELIGIBILITY CODE/GROUP NO.:

## FORMA DE INSCRIPCION PARA PLAN ACTIVO DE VISION

INFORMATION DEL EMPLEADO (Por favor escriba claramente con tinta)						
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE: PRIMER MEDIO APELLIDO					
DIRECCIÓN POSTAL (no caja postal)		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		
NU. DE TELEFONO ( )	UNION LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO			GENERO	ESTADO CIVIL
		MES	DIA	AÑO	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEME.	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> COYUGAL

### OPCIONES DE PLAN DE VISION

**IMPORTANTE: Usted y sus dependientes tienen que estar inscritos en el mismo Plan de Vision.** Cheque no mas de una caja. En ausencia de su eleccion, ustedes estaran inscritos en Blue View Vision si han elegido el Plan de Pago Directo, en Kaiser Vision Essentials si han elegido en el Plan de Kaiser.

**Blue View Vision.** Puede elegir este plan si esta inscrito en el Plan de Pago Directo o el Plan de Kaiser. Puede usar cualquier proveedor en el red the Anthem Blue View Vision para servicios de vision.

**Kaiser Vision Essentials.** Puede elegir este plan **solamente** si esta inscrito en el Plan de Kaiser. Tiene que obtener servicios de vision por medio de Kaiser solamente. Si en cualquier momento cambia su eleccion medica al Plan de Pago Directo, y tambien tiene Kaiser Vision Essentials, su plan de vision cambiara automaticamente a Blue View Vision.

### INFORMACION DE DEPENDIENTES (Liste todos sus dependientes para inscribir. Use reverso de la forma si es necesario)

PRIMER NOMBRE Y INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE DEL EMPLEADO)	FECHA DE NACIMIENTO MES / DIA / AÑO	DEPENDIENTE RELACION
1.		CONYUGE
2.		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA
3.		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA
4.		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA
5.		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA

**Entiendo que una vez que haya seleccionado un Plan, no puedo cambiar a otro Plan hasta la próxima Inscripción Abierta. Estoy de acuerdo en estar obligado por los beneficios, deducciones, copagos, exclusiones y otros términos del acuerdo del grupo del Plan. Su solicitud no será aceptada sin su firma a continuación. Por favor devuelva este Formulario de Inscripción a la Oficina del Fondo. Importante: Si se inscribe en Kaiser Vision Essentials, cualquier disputa que pueda surgir entre usted y Kaiser Vision Essentials estará sujeta a arbitraje vinculante.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Empleado: \_\_\_\_\_

### FUND OFFICE USE ONLY (Por favor no escriba en este espacio)

<input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE <input type="checkbox"/> OPEN ENROLLMENT <input type="checkbox"/> COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT _____	REMARKS: DATE: _____ BY: _____
---	-----------------------------------