



## **Formulario de Elección de Opción Dental y/o de la Vista Efectivo 1 de marzo de 2024**

### **IMPORTANTE:**

Para inscribirse en cualquiera de los planes opcionales dentales y/o de la vista ofrecidos por el Plan de Jubilados de Salud y Bienestar de los Obreros, este formulario de autorización debe ser devuelto a la Oficina del Fondo Fideicomiso junto con el Formulario de Solicitud de Beneficios del Plan de Jubilados adjunto para cobertura Médica-Hospitalaria y de Medicamentos de Receta.

NO COMPLETE ESTE FORMULARIO SI ELIGIÓ NO PARTICIPAR EN LA COBERTURA MÉDICA-HOSPITALARIA Y DE MEDICAMENTOS DE RECETA.

**A.** Además de la cobertura Médico-Hospitalaria y de Medicamentos de Receta que elegí, ver el Formulario de Solicitud del Plan de Jubilados, deseo también inscribirme en el plan dental y/o de la vista: (seleccione y marque X)

Anthem Blue Cross Dental Complete por una prima mensual de \$75.00

DeltaCare USA por una prima mensual de \$40.00. Usted tiene que seleccionar una oficina dental del directorio de DeltaCare USA:  
Nombre de Oficina Dental: \_\_\_\_\_ Instalación #: \_\_\_\_\_

**Y/O UN PLAN DE VISION ABAJO** (seleccione y marque X):

Anthem Blue Cross Blue View Vision por prima mensual de \$9.00

Kaiser Vision Essentials por prima mensual de \$4.00

Tiene que estar inscrito en el plan de Kaiser Permanente para elegir esta opción.

**B.** Yo **NO DESEO** recibir cobertura dental y de la vista. **Entiendo que probablemente no se me dará la oportunidad de elegir esta cobertura nuevamente.**

*Mediante el presente autorizo a la Oficina Administrativa de los Fondos de los Obreros del Norte de California que administra mi Plan de Pensión para que deduzcan la cantidad apropiada de la prima de mi beneficio de pensión mensual (o enviaré un pago porque mi beneficio de pensión mensual es menor de la cantidad de la prima o no estoy recibiendo un beneficio de pensión de cualquier Plan de Pensión administrado por la Oficina del Fondo Fideicomiso) por la cobertura opcional que elegí conforme al Plan de Jubilados de Salud y Bienestar de los Obreros. Las tarifas mensuales indicadas anteriormente son efectivas al 1 de marzo de 2024 y están sujetas a cargos. Entiendo que se me permite cambiar de plan dental y de la vista cada 1 de marzo. Entiendo que al elegir esta cobertura dental y/o de visión opcional, debo pagar esta cobertura por un mínimo de **6 meses**. Además, entiendo que si cancelo la cobertura dental y/o de la vista **antes del** periodo mínimo de 6 meses, también cancelaré mi cobertura Médico-Hospitalaria y de Medicamentos de Receta.*

**Importante: Si se inscribe en DeltaCare USA, cualquier disputa que pueda surgir entre usted y el Plan Dental estará sujeto a arbitraje obligatorio.**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en LETRA DE MOLDE**

\_\_\_\_\_  
**Número de Seguro Social**