



Fondo Fiduciario de Prestaciones para SEIU Locales 1 y 2

Formulario de inscripción a las prestaciones colectivas y de designación de beneficiarios

Administrador:
Global Benefits
 Teléfono: 416-635-6000
 Fax: 416-631-3064
 C.e.: benefits@globalben.com
 901 – 191 The West Mall
 Toronto, ON M9C 5K8

Por favor, escriba claramente a máquina o con letra de molde. Llene totalmente y con detalle todas las secciones en ambos lados del formulario. Para garantizar que la cobertura esté actualizada para usted y sus dependientes, es fundamental que avise al Administrador del Plan cualquier cambio, como cambios de nombre, estado civil, situación de sus dependientes o cambio de beneficiarios.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Información del afiliado al plan

Apellido	Nombre	Iniciales	Número de Seguro Social
Número de depto./Número en la calle/Nombre de la calle ()		Ciudad	Provincia
Teléfono de la casa		Número del celular	Dirección de correo electrónico
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Fecha de nacimiento del afiliado	Fecha de inicio	Fecha de matrimonio o, si es unión libre, fecha de inicio del período de cohabitación	
mm/dd/aaaa	mm/dd/aaaa	mm/dd/aaaa	

Información del dependiente

Esta sección le permite definir quién tendrá derecho a sus prestaciones legales colectivas y de salud. Si necesita campos adicionales, llene otro formulario y envíelo junto con este.

Cónyuge		¿Está cubierta esta persona por otro plan de seguro colectivo?	
Apellido	Nombre	Sexo	
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	mm/dd/aaaa
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hijos y dependientes			
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	mm/dd/aaaa
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	mm/dd/aaaa
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	mm/dd/aaaa
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	mm/dd/aaaa
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Designación del beneficiario principal

Llene esta sección para designar un beneficiario de sus prestaciones de seguro de vida y otras prestaciones que pudieran pagarse en virtud del Fideicomiso de Prestaciones tras su fallecimiento. Si no se nombra beneficiario o si el beneficiario principal fallece antes que usted, el importe correspondiente se pagará a su patrimonio.

Por la presente revoco todas las designaciones anteriores de beneficiario principal y designo a las siguientes personas como beneficiario(s). La suma de todos los porcentajes debe corresponder al 100%. Puede dejar los campos de porcentaje (%) en blanco si desea dividir el producto o importe correspondiente en partes iguales entre todos los nombres listados en esta sección.

Beneficiario principal	Porcentaje asignado	Relación con el afiliado al plan
Apellido	Nombre	%
Número de depto./Número en la calle/Nombre de la calle		Ciudad
Número de depto./Número en la calle/Nombre de la calle		Ciudad
Apellido	Nombre	%
Número de depto./Número en la calle/Nombre de la calle		Ciudad
Número de depto./Número en la calle/Nombre de la calle		Ciudad
Apellido	Nombre	%
Número de depto./Número en la calle/Nombre de la calle		Ciudad
Número de depto./Número en la calle/Nombre de la calle		Ciudad

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Designación del beneficiario contingente

Si desea designar un beneficiario contingente (secundario) en caso de que no haya beneficiarios principales que le sobrevivan al momento de su fallecimiento, llene esta sección. Si no hay beneficiarios contingentes al momento de su fallecimiento, el producto correspondiente se pagará a su patrimonio.

Por la presente revoco todas las designaciones anteriores de beneficiarios contingentes y designo a las siguientes personas como beneficiario(s).

Beneficiario contingente		Porcentaje asignado	Relación con el afiliado al plan
		%	
Apellido	Nombre		
Número de depto./Número en la calle/Nombre de la calle	Ciudad	Provincia	Código postal
		%	
Apellido	Nombre		
Número de depto./Número en la calle/Nombre de la calle	Ciudad	Provincia	Código postal

Privacidad

Esta sección explica el compromiso de Global Benefits con la privacidad.

En Global Benefits, reconocemos y respetamos la importancia de la privacidad.

Su Información personal:

Cuando usted solicita cobertura, creamos un archivo confidencial que contiene sus datos personales, como su nombre, información de contacto y los productos y cobertura que tiene con nosotros, y que también puede incluir información financiera o de salud. Su información personal también podría divulgarse a las autoridades públicas u otras personas autorizadas de conformidad con la legislación aplicable dentro o fuera de Canadá.

Quién tiene acceso a su información:

Limitamos el acceso a la información personal de su expediente al personal de Global Benefits o a las personas autorizadas por Global Benefits que la necesiten para desempeñar sus funciones, así como a las personas a las que usted haya concedido acceso. Su información personal también podría divulgarse a las autoridades públicas u otras personas autorizadas de conformidad con la legislación aplicable dentro o fuera de Canadá.

Para qué se utiliza su información:

La información personal que recopilamos se utilizará para determinar si usted cumple los requisitos necesarios para obtener los productos, servicios o coberturas que solicite, para proporcionar, administrar o asistirle con los productos o coberturas que tenga con nosotros, y para fines de gestión interna de datos y análisis de Global Benefits y sus filiales.

Si desea más información:

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas y prácticas en materia de información personal, escriba al Jefe de la Oficina de Cumplimiento (Chief Compliance Officer) del fideicomiso de prestaciones para **SEIU Locales 1 y 2** a cargo de Global Benefits a la siguiente dirección:

SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust
c/o Global Benefits
901 – 191 The West Mall
Toronto, ON M9C 5K8
T: (416) 635-6000 F: (416) 631-3064
C.e.: privacyofficer@globalben.com

Autorizaciones y declaraciones

El afiliado al plan debe firmar e insertar la fecha en esta sección.

He leído, y comprendo y estoy de acuerdo con el contenido de la sección titulada "Privacidad" de este formulario.

Autorizo a:

Global Benefits, a cualquier proveedor de atención de la salud, al administrador de mi plan, a otras compañías de seguros o reaseguros, a los administradores de prestaciones gubernamentales o a otros programas de prestaciones, a otras organizaciones o proveedores de servicios que trabajan con Global Benefits o a los mencionados arriba para que intercambien información personal cuando sea necesario para determinar si se cumplen los requisitos necesarios para la cobertura y para administrar el plan.

Acepto que una fotocopia o copia electrónica de la sección Autorizaciones y declaraciones tendrá la misma validez que el original.

Autorizo que se utilice mi Número de Seguro Social como mi número de certificado en el plan de grupo, y como mi número de identificación en la base de datos del Fondo Fiduciario de Prestaciones para **SEIU Locales 1 y 2**.

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera, correcta y completa.

Firma del afiliado al plan: _____ Fecha: _____

mm/dd/aaaa