

Health Benefits Enrollment Form/Formulario para la inscripción de beneficios de salud • NYHTC & HA of NYC, Inc. Health Benefits Fund/Fondo de Beneficios
Fondo de Beneficios de Salud



Contact us/Para contactarnos

305 W. 44th Street • New York, NY, 10036 • Phone: (212) 586-6400 • Fax: (212) 237-3061 • E-Mail: HBFservices@hotelfunds.org

| Section 1/Sección 1 | | Member Information/Información del Miembro | | | |
|-----------------------------|--------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| First Name/Nombre | M.I./Inicial | Last Name/APELLIDO | Social Security Number/ Número de seguro social | Date of Birth/Fecha de nacimiento (Month/Day/Year)/(mes/día/año) | Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino |
| Street Address/Dirección | | APT#/ Apartamento # | City/Ciudad | | State/Estado |
| Marital Status/Estado civil | | Employer Name/Nombre del empleador | Date of Hire/Fecha de contratación | Telephone/teléfono | E-mail |
| | | | | | |

| Section 2/Sección 2 | Dependent Information/Información del Dependiente |
|---------------------|---------------------------------------------------|
|---------------------|---------------------------------------------------|

Required documents to complete dependent enrollment include original social security cards for all dependents, birth certificate/adoption papers for each child and original marriage certificate for a spouse. Newborns' original birth certificate must be presented within 30 days of birth to maintain continuous coverage. *Los documentos requeridos para completar la inscripción de dependientes incluyen tarjetas de seguro social originales para todos los dependientes, certificados de nacimiento/documentos de adopción para cada niño y certificado de matrimonio original para un cónyuge. El certificado de nacimiento original de los recién nacidos debe presentarse dentro de los 30 días posteriores al nacimiento para mantener la cobertura continua*

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | First Name/Nombre | M.I./Inicial | Last Name/APELLIDO | Social Security Number/ Número de seguro social | Date of Birth/Fecha de nacimiento (Month/Day/Year)/(mes/día/año) | Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino |
| Relationship to Member/Relación con el/la miembro: <input type="checkbox"/> Spouse/Esposa/o <input type="checkbox"/> Child/Hijo/a <input type="checkbox"/> Step-child/Hijastro/a <input type="checkbox"/> Grandchild*/Nieto/a**30-day coverage only/*Cobertura de 30 días solamente | | | Address (If different from member)/Dirección (si es diferente a la del miembro) | | | |
| | | | Street Address/ Dirección | City/ Ciudad | State/Estado | Zip Code/Código postal |
| 2 | First Name/Nombre | M.I./Inicial | Last Name/APELLIDO | Social Security Number/ Número de seguro social | Date of Birth/Fecha de nacimiento (Month/Day/Year)/(mes/día/año) | Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino |
| Relationship to Member/Relación con el/la miembro: <input type="checkbox"/> Spouse/Esposa/o <input type="checkbox"/> Child/Hijo/a <input type="checkbox"/> Step-child/Hijastro/a <input type="checkbox"/> Grandchild*/Nieto/a**30-day coverage only/*Cobertura de 30 días solamente | | | Address (If different from member)/Dirección (si es diferente a la del miembro) | | | |
| | | | Street Address/ Dirección | City/ Ciudad | State/Estado | Zip Code/Código postal |
| 3 | First Name/Nombre | M.I./Inicial | Last Name/APELLIDO | Social Security Number/ Número de seguro social | Date of Birth/Fecha de nacimiento (Month/Day/Year)/(mes/día/año) | Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino |
| Relationship to Member/Relación con el/la miembro: <input type="checkbox"/> Spouse/Esposa/o <input type="checkbox"/> Child/Hijo/a <input type="checkbox"/> Step-child/Hijastro/a <input type="checkbox"/> Grandchild*/Nieto/a**30-day coverage only/*Cobertura de 30 días solamente | | | Address (If different from member)/Dirección (si es diferente a la del miembro) | | | |
| | | | Street Address/ Dirección | City/ Ciudad | State/Estado | Zip Code/Código postal |
| 4 | First Name/Nombre | M.I./Inicial | Last Name/APELLIDO | Social Security Number/ Número de seguro social | Date of Birth/Fecha de nacimiento (Month/Day/Year)/(mes/día/año) | Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino |
| Relationship to Member/Relación con el/la miembro: <input type="checkbox"/> Spouse/Esposa/o <input type="checkbox"/> Child/Hijo/a <input type="checkbox"/> Step-child/Hijastro/a <input type="checkbox"/> Grandchild*/Nieto/a**30-day coverage only/*Cobertura de 30 días solamente | | | Address (If different from member)/Dirección (si es diferente a la del miembro) | | | |
| | | | Street Address/ Dirección | City/ Ciudad | State/Estado | Zip Code/Código postal |

By initialing here, I certify that the above dependent children do not have other employer-sponsored health coverage available except through either parent. *Al poner mis iniciales aquí, certifico que los hijos dependientes mencionados anteriormente, no tienen otra cobertura de salud patrocinada por otro empleador disponible, excepto a través de cualquiera de los padres.*

Member's initials/ Iniciales del miembro _____

Section 3/Sección 3

Coverage Questionnaire/Cuestionario de Cobertura

1. Have you or any dependents ever had coverage under the NYHTC & HA of NYC, Inc. Health Benefits Fund Plans? *¿Usted o alguno de sus dependientes ha tenido alguna vez cobertura bajo los Planes del Fondo de Beneficios de Salud de NYHTC & HA of NYC, Inc.?* Yes/ Sí No/ No
2. Are you or any dependents currently eligible or enrolled in Medicare? *¿Usted o sus dependientes son actualmente elegibles o están inscritos en Medicare?* Yes/ Sí No/ No
3. Is your dependent currently enrolled in another healthcare plan? *¿Está su dependiente actualmente inscrito en otro plan de atención médica?*
If **yes**, please write their name along with the name of the insurance carrier, identification and group number below. *Si la respuesta es sí, escriba el nombre junto con el* Yes/ Sí No/ No

| Name of Covered Participant/ <i>Nombre del participante cubierto</i> | Medical Plan Name/ <i>Nombre del plan médico</i> | Policy Number/ <i>Número de póliza</i> |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Section 4/Sección 4

Life Insurance Beneficiary Information/Información del Beneficiario del Seguro de Vida

| Member Information/ <i>Información del Miembro</i> | First Name/ <i>Nombre</i> | M.I./ <i>Inicial</i> | Last Name/ <i>Apellido</i> | Social Security Number/ <i>Número de seguro social</i> |
|----------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------|
|----------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------|

Insert information of person(s) to whom your Life Insurance is to be paid. Assigned percentages must equal 100% *Ingrese el nombre y la dirección de la(s) persona(s) a quienes se le pagará su Seguro de Vida. Los porcentajes asignados deben ser iguales al 100 %*

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| Beneficiary # 1/Beneficiario #1 | First Name/ <i>Nombre</i> | M.I./ <i>Inicial</i> | Last Name/ <i>Apellido</i> | Date of Birth/ <i>Fecha de nacimiento</i> |
| Assign % of Benefit/ <i>Asignar % del Beneficio</i> _____ % | Relationship to Member/ <i>Relación con el Miembro</i> : | | | |
| | Street Address/ <i>Dirección</i> | City/ <i>Ciudad</i> | State/ <i>Estado</i> | Zip Code/ <i>Código postal</i> |
| Beneficiary # 2/Beneficiario #2 | First Name/ <i>Nombre</i> | M.I./ <i>Inicial</i> | Last Name/ <i>Apellido</i> | Date of Birth/ <i>Fecha de nacimiento</i> |
| Assign % of Benefit/ <i>Asignar % del Beneficio</i> _____ % | Relationship to Member/ <i>Relación con el Miembro</i> : | | | |
| | Street Address/ <i>Dirección</i> | City/ <i>Ciudad</i> | State/ <i>Estado</i> | Zip Code/ <i>Código postal</i> |
| Beneficiary # 3/Beneficiario # | First Name/ <i>Nombre</i> | M.I./ <i>Inicial</i> | Last Name/ <i>Apellido</i> | Date of Birth/ <i>Fecha de nacimiento</i> |
| Assign % of Benefit/ <i>Asignar % del Beneficio</i> _____ % | Relationship to Member/ <i>Relación con el Miembro</i> : | | | |
| | Street Address/ <i>Dirección</i> | City/ <i>Ciudad</i> | State/ <i>Estado</i> | Zip Code/ <i>Código postal</i> |

Section 5/Sección 5

Signature/Firma

By signing below, I certify that all information supplied on this form is accurate and complete. I certify that I wish to enroll each dependent listed above to my benefit coverage. I understand that I am obligated to immediately notify the Health Benefits Fund office of any changes to any of the information that affects my benefit coverage. I understand that any person who knowingly files any claim or application for coverage and/or for benefits which contains false information or conceals information may have their coverage revoked and may be subject to legal action to recover the amount of related losses incurred by the Health Benefits Fund, including but not limited to, attorney's fees and court costs. *Al firmar a continuación, certifico que toda la información proporcionada en este formulario es precisa y completa. Certifico que deseo inscribir a cada uno de los dependientes enumerados a en mi cobertura de beneficios. Entiendo que estoy obligado a notificar inmediatamente a la oficina del Fondo de Beneficios de Salud sobre cualquier cambio en la información que afecte mi cobertura de beneficios. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas, presente cualquier reclamo o solicitud de cobertura y/de beneficios que contenga información falsa u oculte información, se le puede revocar la cobertura y puede estar sujeta a acciones legales para recuperar el monto de las pérdidas relacionadas incurridas por los Beneficios del Fondo de Salud. Fondo, incluyendo, entre otros, los honorarios de abogados y los costos judiciales.*

Covered Member Signature/ Firma del miembro cubierto

Current Date (Month/Day/Year)/ Fecha actual (mes/día/año)