



1199SEIU Greater New York Benefit Fund Enrollment Change Form

Member Eligibility, PO Box 1035, New York, NY 10108-1035 • www.1199SEIUBenefits.org • Tel: (646) 473-9200 • Outside NYC Area Codes: (800) 575-7771

This form is not valid for your initial enrollment in the 1199SEIU Greater New York Benefit Fund. /
Este formulario no es válido para su inscripción inicial en el Fondo de Beneficios del Área Metropolitana de Nueva York de 1199SEIU.
This form is strictly confidential. Please print clearly in black or blue ink. /
Este formulario es estrictamente confidencial. Escriba con claridad en letra de imprenta con tinta negra o azul.

Member's full name / Nombre completo del miembro

Member ID # / N.º de identificación del miembro

Employer name / Nombre del empleador

**CHECK AND COMPLETE ONLY THE SECTION(S) WHERE YOU WISH TO CHANGE YOUR INFORMATION AND SIGN BELOW. /
MARQUE Y COMPLETE SOLO LA SECCIÓN O SECCIONES DONDE DESEA CAMBIAR LA INFORMACIÓN Y FIRME DEBAJO.**

IF YOU ARE CHANGING YOUR NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER, SOCIAL SECURITY NUMBER OR DATE OF BIRTH, COMPLETE SECTION 1. / SI VA A CAMBIAR SU NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMERO DE TELÉFONO, N.º DEL SEGURO SOCIAL O FECHA DE NACIMIENTO, COMPLETE LA SECCIÓN 1.

Enclose a copy of marriage certificate or other documents which give proof of legal name and/or Social Security number change. / Adjunte una copia del certificado de matrimonio o de otros documentos para probar su cambio legal de nombre y/o N.º del Seguro Social.

IF YOU ARE ADDING OR REMOVING A DEPENDENT, COMPLETE SECTION 2 (CONTINUES ON REVERSE SIDE). / SI VA A AÑADIR O ELIMINAR A UN DEPENDIENTE, COMPLETE LA SECCIÓN 2 (CONTINÚA AL REVERSO).

Enclose a copy of marriage certificate and birth certificate for your spouse and a copy of birth certificate or adoption papers for your unmarried child. Include related documents for divorce or death of a spouse. / Adjunte una copia del certificado de matrimonio y el certificado de nacimiento de su cónyuge y una copia del certificado de nacimiento o de los papeles de adopción para los hijos solteros. Incluya los documentos relacionados con un divorcio o fallecimiento del cónyuge.

IF YOU ARE CHANGING YOUR BENEFICIARY, COMPLETE SECTION 3 (ON REVERSE SIDE). / SI VA A CAMBIAR AL BENEFICIARIO, COMPLETE LA SECCIÓN 3 (AL REVERSO).

Complete all items in Section 3 if you want to change the designated beneficiary/beneficiaries for your life insurance benefit. If the person is a minor, provide information regarding his or her guardian. / Llene todos los puntos de la Sección 3 si quiere cambiar al beneficiario o a los beneficiarios designado(s) para su seguro de vida. Si la persona es un menor, proporcione información relativa a su tutor legal.

THE FUND CANNOT BE RESPONSIBLE FOR ORIGINAL DOCUMENTS. / EL FONDO NO PUEDE HACERSE RESPONSABLE DE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES.

Please ensure that each document you submit is a legible black and white copy of the original document. / Asegúrese de que cada documento que envíe sea una copia legible en blanco y negro del documento original.

X

Member's signature / Firma del miembro

Date / Fecha

If you do not sign and date this form and send the related documents, the form will be returned to you, and the information will not be processed. / Si no firma y fecha este formulario y envía los documentos relacionados, le devolveremos el formulario y no procesaremos la información.

SECTION 1: UPDATED MEMBER'S INFORMATION / SECCIÓN 1: INFORMACIÓN ACTUALIZADA DEL MIEMBRO

Full name / Nombre completo

Social Security number / N.º del Seguro Social

Date of birth / Fecha de nacimiento

Address / Dirección

Apt # / N.º de apartamento

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

Home phone / Tel. del hogar

Cell phone / Tel. móvil

Email / Correo electrónico

SECTION 2: UPDATED DEPENDENT INFORMATION / SECCIÓN 2: INFORMACIÓN ACTUALIZADA DEL DEPENDIENTE

ADD SPOUSE / AGREGAR CÓNYUGE

Spouse's full name / Nombre completo del cónyuge

Social Security number / N.º del Seguro Social

Gender / Sexo

Spouse's place of employment / Lugar de empleo del cónyuge

Date of birth / Fecha de nacimiento

Date of marriage / Fecha del matrimonio

Employer's address / Dirección del empleador

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

SECTION 2 CONTINUED ON OTHER SIDE / LA SECCIÓN 2 CONTINÚA AL REVERSO

SECTION 2: UPDATED DEPENDENT INFORMATION (CONT'D) / SECCIÓN 2: INFORMACIÓN ACTUALIZADA DEL DEPENDIENTE (CONT.)

REMOVE SPOUSE / ELIMINAR CÓNYUGE

Date of divorce/legal separation / Fecha del divorcio/separación legal

OR Date of death / Fecha de fallecimiento

ADD ELIGIBLE CHILD(REN) / AGREGAR NIÑOS ELEGIBLES

Child's full name / Nombre completo del niño

Date of birth / Fecha de nacimiento

Social Security number / N.º del Seguro Social

Relationship / Relación

Gender / Sexo

Child's full name / Nombre completo del niño

Date of birth / Fecha de nacimiento

Social Security number / N.º del Seguro Social

Relationship / Relación

Gender / Sexo

Child's full name / Nombre completo del niño

Date of birth / Fecha de nacimiento

Social Security number / N.º del Seguro Social

Relationship / Relación

Gender / Sexo

SECTION 3: UPDATED BENEFICIARY INFORMATION FOR LIFE INSURANCE / SECCIÓN 3: INFORMACIÓN ACTUALIZADA DEL BENEFICIARIO PARA EL SEGURO DE VIDA

Please check a box to indicate whether you are adding or replacing your current beneficiary. Add Replace

Marque una casilla para indicar si está agregando un beneficiario o reemplazando el actual. Agregar Reemplazar

- Check this box if you authorize the Fund to assign up to one-third of your insurance benefit directly to the funeral home or cemetery, in the event that the Fund is notified that your funeral expenses have not been otherwise paid or guaranteed to be paid. /**
- Marque esta casilla autoriza al Fondo para asignar hasta un tercio de su beneficio de seguro directamente para la funeraria o cementerio, en caso de que el Fondo sea notificado de que sus gastos de funeral no han sido pagados o no tengan garantía de pago, marque la casilla siguiente.**

Beneficiary's full name / Nombre completo del beneficiario Primary / Primario Secondary / Secundario
Social Security number / N.º del Seguro Social

Guardian's address / Dirección del tutor legal

Apt # / N.º de apartamento

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

This person / Esta persona is / es is not / no es my spouse / mi cónyuge.

This person is a minor. / Esta persona es un menor.

Date of birth (if under 18) / Fecha de nacimiento (si es menor de 18 años)

Relationship to member / Relación con el miembro

Gender / Sexo

Benefit percentage / Porcentaje de beneficios

Guardian's full name / Nombre completo del tutor

Relationship to beneficiary / Relación con el beneficiario

Telephone / Teléfono

Guardian's address / Dirección del tutor legal

Apt # / N.º de apartamento

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

SECTION 3 CONTINUED ON THE NEXT PAGE / LA SECCIÓN 3 CONTINÚA EN LA PAGINACIÓN SIGUIENTE

SECTION 3: UPDATED BENEFICIARY INFORMATION FOR LIFE INSURANCE (CONT'D) / SECCIÓN 3: INFORMACIÓN ACTUALIZADA DEL BENEFICIARIO PARA EL SEGURO DE VIDA (CONT.)

Beneficiary's full name / Nombre completo del beneficiario _____ Primary / Primario Secondary / Secundario
 Social Security number / N.º del Seguro Social _____

Guardian's address / Dirección del tutor legal _____ Apt # / N.º de apartamento _____ City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip code / Código postal _____

This person / Esta persona is / es is not / no es my spouse / mi cónyuge. This person is a minor. / Esta persona es un menor.

Date of birth (if under 18) / Fecha de nacimiento (si es menor de 18 años) _____ Relationship to member / Relación con el miembro _____ Gender / Sexo _____ Benefit percentage / Porcentaje de beneficios _____

Guardian's full name / Nombre completo del tutor _____ Relationship to beneficiary / Relación con el beneficiario _____ Telephone / Teléfono _____

Guardian's address / Dirección del tutor legal _____ Apt # / N.º de apartamento _____ City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip code / Código postal _____

Beneficiary's full name / Nombre completo del beneficiario _____ Primary / Primario Secondary / Secundario
 Social Security number / N.º del Seguro Social _____

Guardian's address / Dirección del tutor legal _____ Apt # / N.º de apartamento _____ City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip code / Código postal _____

This person / Esta persona is / es is not / no es my spouse / mi cónyuge. This person is a minor. / Esta persona es un menor.

Date of birth (if under 18) / Fecha de nacimiento (si es menor de 18 años) _____ Relationship to member / Relación con el miembro _____ Gender / Sexo _____ Benefit percentage / Porcentaje de beneficios _____

Guardian's full name / Nombre completo del tutor _____ Relationship to beneficiary / Relación con el beneficiario _____ Telephone / Teléfono _____

Guardian's address / Dirección del tutor legal _____ Apt # / N.º de apartamento _____ City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip code / Código postal _____

Beneficiary's full name / Nombre completo del beneficiario _____ Primary / Primario Secondary / Secundario
 Social Security number / N.º del Seguro Social _____

Guardian's address / Dirección del tutor legal _____ Apt # / N.º de apartamento _____ City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip code / Código postal _____

This person / Esta persona is / es is not / no es my spouse / mi cónyuge. This person is a minor. / Esta persona es un menor.

Date of birth (if under 18) / Fecha de nacimiento (si es menor de 18 años) _____ Relationship to member / Relación con el miembro _____ Gender / Sexo _____ Benefit percentage / Porcentaje de beneficios _____

Guardian's full name / Nombre completo del tutor _____ Relationship to beneficiary / Relación con el beneficiario _____ Telephone / Teléfono _____

Guardian's address / Dirección del tutor legal _____ Apt # / N.º de apartamento _____ City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip code / Código postal _____

X _____
 Member's signature / Firma del miembro _____ Date / Fecha _____

If you do not sign and date this form and send the related documents, the form will be returned to you, and the information will not be processed. / Si no firma y fecha este formulario y envía los documentos relacionados, le devolveremos el formulario y no procesaremos la información.

(SEE PAGE 1 FOR INSTRUCTIONS) / (CONSULTE LAS INSTRUCCIONES EN LA PÁGINA 1)

