



LABORERS FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE OF NORTHERN CALIFORNIA  
5672 Stonebridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588  
Teléfono: (707) 864-2800 o Gratis al 1-800-244-4530  
Correo electrónico: customerservice@norcalaborers.org  
Sitio de web: http://www.lfao.org

FUND OFFICE USE ONLY (610)
EFF. DATE:
HCID: LA
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 MÉDIO APELLIDO						
DIRECCIÓN POSTAL (no caja postal)		CIUDAD	ESTADO CODIGO POSTAL				
NU. DE TELEFONO ( )	UNION LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO <table border="1"><tr><td>MES</td><td>DIA</td><td>AÑO</td></tr></table>	MES	DIA	AÑO	GENERO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEME.	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> COYUGAL
MES	DIA	AÑO					

### 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 elección, ustedes estarán 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 está inscrito en el Plan de Pago Directo o el Plan de Kaiser. Puede usar cualquier proveedor en la red de Anthem Blue View Vision para servicios de visión.

**Kaiser Vision Essentials.** Puede elegir este plan **sólo** si está inscrito en el Plan de Kaiser. Tiene que obtener servicios de visión por medio de Kaiser solamente. Si en cualquier momento cambia su elección médica al Plan de Pago Directo, y también tiene Kaiser Vision Essentials, su plan de visión cambiará automáticamente 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	REMARKS:
<input type="checkbox"/> COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT _____	DATE: _____ BY: _____