

# TBT RETIREE ENROLLMENT FORM

Send completed form to: Teamsters Benefit Trust (TBT) • P.O. Box 5820 • Fremont, CA 94537-5820 • (510) 796-4676 • (800) 533-0119

**Please Check One:**  Newly Eligible Retiree     Current Participant  
 Change (Complete only those items that have changed. Submit proof of marriage or divorce.)

## PRIMARY COVERED PERSON INFORMATION *(Retiree or Surviving Spouse)*

Social Security Number		Local Union		For Office Use Only	
Last Name, First Name, Middle Initial (If this is a name change, show your former name in parentheses.) <i>Please Print</i>					Male/Female
Home Address <i>Please Print</i>			Apt. #	City	State    Zip Code
Birth Date (Month-Day-Year)		<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single		Home Phone (    )	
Name of Last Participating Employer			Date Retired (Month-Day-Year)		

## SPOUSE INFORMATION

RELATIONSHIP TO PRIMARY COVERED PERSON	IF ADDING OR DELETING A SPOUSE (Submit divorce decree or marriage certificate)	ELIGIBLE SPOUSE <i>Please Print:</i> Last Name, First Name, Middle Initial	SOCIAL SECURITY NUMBER	DATE OF BIRTH (Month-Day-Year)
Legal Spouse	Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/>			
<b>IF ADDING OR DELETING A SPOUSE DUE TO MARRIAGE, DIVORCE OR DEATH:</b> ➔		Date of <i>Marriage</i> (Month-Day-Year)	Date of <i>Divorce</i> (Month-Day-Year)	Date of <i>Death</i> (Month-Day-Year)

## OTHER INSURANCE INFORMATION

- Is employer-sponsored group medical coverage available at your spouse's workplace?  YES     NO  
 If available, has your spouse chosen not to participate in such medical coverage, or chosen lower benefit levels, because of your coverage through Teamsters Benefit Trust?  YES     NO
- If you first became an eligible retiree within the last three months, did you have prior medical coverage?  YES     NO  
 If yes, what was the name of the trust fund, insurance company or plan? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ When were you last covered? (Month/Year) \_\_\_\_\_

I CERTIFY THAT ALL INFORMATION PROVIDED ON THIS ENROLLMENT FORM IS TRUE AND CORRECT, AND THAT (IF MARRIED) ONLY AN ELIGIBLE SPOUSE (AS DEFINED IN THE GUIDE TO YOUR BENEFITS) IS LISTED.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Primary Covered Person (Retiree or Surviving Spouse)

\_\_\_\_\_  
 Date Signed (Month-Day-Year)

**Please Note: Claims will not be paid unless this completed enrollment form is on file!**



July 2003, Form G4

# TBT FORMA DE INSCRIPCIÓN DE JUBILADO

Complete la forma y envíela a: Teamsters Benefit Trust (TBT) • P.O. Box 5820 • Fremont, CA 94537-5820 • (510) 796-4676 • (800) 533-0119

**Por Favor, Marque Uno:**  Nuevo Jubilado Elegible  Participante Actual  
 Cambio (Complete los datos que hayan cambiado, entregue documentación comprobando matrimonio o de divorcio)

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA PRINCIPAL EN LA COBERTURA (Jubilado o de Conyuge Sobreviviente)

Número de Seguro Social	Union Local	Solo para el uso de la Oficina			
Apellido Paterno, Nombre, Inicial (Si hay un cambio de apellido/nombre, escriba el anterior entre paréntesis.) <i>Letra de molde</i>					Masculino / Femenino
Dirección del Hogar <i>Letra de Molde</i>			# de Apto.	Ciudad	Edo. Código Postal
Fecha de Nacimiento (mes - día - año)	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)			Teléfono del hogar ( )	
Nombre del Último Patron Participante			Fecha de Jubilación (mes - día - año)		

## INFORMACIÓN DE CONYUGE

PARENTESCO CON LA PERSONA DE LA COBERTURA	SI ESTÁ AGREGANDO O QUITANDO UN CONYUGE (Entregue acta legal de matrimonio o de divorcio.)	CONYUGE ELEGIBLE <i>Letra de Molde:</i> Apellido Paterno, Nombre, Inicial	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO  (Mes-Día-Año)
Conyuge Legal	Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/>			
<b>SI AGREGA O QUITA A SU ESPOSO(A) POR RAZÓN DE MATRIMONIO, DIVORCIO O MUERTE:</b> ➔		Fecha del <i>Matrimonio</i> (Mes-Día-Año)	Fecha del <i>Divorcio</i> (Mes-Día-Año)	Fecha de la <i>Muerte</i> (Mes-Día-Año)

## OTRA INFORMACIÓN DE LOS SEGUROS

1. ¿Se ofrece seguro médico en grupo pagado por el patrón en el lugar de trabajo de su esposo(a)?  SÍ  NO  
 Si es sí, ¿ha elegido su esposo(a) no participar en tal cobertura, o ha elegido niveles de beneficios menores por tener cobertura a través de Teamsters Benefit Trust?  SÍ  NO

2. Si fue por primera vez un jubilado elegible en los tres últimos meses, ¿tenía cobertura médica anterior?  SÍ  NO  
 Si contestó sí ¿cuál era el nombre del fondo fiduciario, plan o compañía de seguros? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo se venció la cobertura? (Mes/Año) \_\_\_\_\_

**DOY FE QUE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTA FORMA DE INSCRIPCIÓN ES FIEL Y VERDADERA, Y QUE SOLO SE INCLUYEN LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES (COMO SE INDICA EN EL MANUAL DEL PLAN [GUIDE TO YOUR BENEFITS])**

Firma de la Persona Principal en la Cobertura (Jubilado o Conyuge Sobreviviente)

Fecha de la firma (Mes-Día-Año)

**Atención: ¡Las reclamaciones no serán pagadas a menos que haya una forma de inscripción en los archivos!**

July 2003, Form G4