

TBT 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: New Employee Current Participant New Employer Group
 Change (Complete only those items that have changed. Submit proof of marriage, divorce or addition of dependents.)

PRIMARY COVERED PERSON INFORMATION (Employee, Surviving Spouse or COBRA participant)

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 <input type="checkbox"/> Single with Dependent Children			Home Phone ()	
Name of Employer	Date Hired or Retired (Month-Day-Year)		Work Phone ()		

DEPENDENT INFORMATION

RELATIONSHIP TO PRIMARY COVERED PERSON (son, daughter, stepson, stepdaughter, court appointed guardian)	IF ADDING OR DELETING A DEPENDENT (Submit divorce decree, marriage license, birth certificate, court documents)	ELIGIBLE DEPENDENTS List all eligible dependents as defined in the <i>Guide to Your Benefits</i> <i>Please Print:</i> Last Name, First Name, Middle Initial Gender:	SOCIAL SECURITY NUMBER (Required for Each Dependent)	DATE OF BIRTH (Month-Day-Year)
Legal Spouse	Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

IF ADDING OR DELETING A SPOUSE DUE TO MARRIAGE, DIVORCE OR DEATH: Date of *Marriage* (Month-Day-Year) Date of *Divorce* (Month-Day-Year) Date of *Death* (Month-Day-Year)

BENEFICIARY DESIGNATION—FOR LIFE INSURANCE —ACTIVE PARTICIPANTS ONLY (Not for Retirees or COBRA Participants)

Social Security Number	Last Name, First Name, Middle Initial <i>Please Print</i>	Date of Birth (Month-Day-Year)	Relationship
Home Address <i>Please Print</i>			

OTHER INSURANCE INFORMATION

1. **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

2. **If you first became an eligible employee 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 ONLY ELIGIBLE DEPENDENTS (AS DEFINED IN THE GUIDE TO YOUR BENEFITS) ARE LISTED.

Signature of Primary Covered Person (Employee, Surviving Spouse or COBRA Participant)

Date Signed (Month-Day-Year)

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

July 2014, Form G1-SA

TBT FORMA DE INSCRIPCIÓN

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 Empleado Participante Actual
 Cambio (Complete los datos que hayan cambiado, entregue documentación comprobando matrimonio, divorcio o aumento de dependientes.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA PRINCIPAL EN LA COBERTURA (Empleado, Conyuge Sobreviviente o Participante de COBRA)

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) <input type="checkbox"/> Soltero(a) con hijos dependientes			Teléfono del hogar ()	
Nombre del Patrón	Fecha de Contratación o Jubilación (Mes - Día - Año)		Teléfono del trabajo ()		

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

PARENTESCO CON LA PERSONA DE COBERTURA (hijo(a), hijastro(a), tutor nombrado por la corte)	SI ESTÁ AGREGANDO O QUITANDO UN DEPENDIENTE (Entregue actas legales de: divorcio, matrimonio, y/o nacimiento.)	DEPENDIENTES ELEGIBLES Apunte a todos los dependientes elegibles como se indica en su Manual del Plan. (Guide to Your Benefits) - <i>Letra de Molde:</i> Apellido Paterno, Nombre, Inicial Género:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Se requiere para cada dependiente)	FECHA DE LA NACIMIENTO (Mes-Día-Año)
Conyuge Legal	Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

SI AGREGA O QUITA A SU ESPOSO(A) POR RAZÓN DE MATRIMONIO, DIVORCIO O MUERTE: ➔	Fecha de <i>Matrimonio</i> (Mes-Día-Año)	Fecha del <i>Divorcio</i> (Mes-Día-Año)	Fecha de Defunción (Mes-Día-Año)
--	--	---	----------------------------------

NOMBRE DEL BENEFICIARIO — PARA LOS SEGUROS DE VIDA —SOLO PARTICIPANTES ACTIVOS (No para Jubilados o Participantes de COBRA)

Número de Seguro Social	Apellido Paterno, Nombre, Inicial <i>Letra de Molde</i>	Fecha de Nacimiento (Mes-Año-Día)	Parentesco
Dirección del Hogar <i>Letra de Molde</i>			

INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS

- ¿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
- Si fue por primera vez un empleado 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) _____

YO CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTA FORMA DE INSCRIPCIÓN ES 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 (Empleado, Conyuge Sobreviviente, Participante de COBRA) _____ Fecha de la firma (Mes-Día-Año)

Atención: ¡Los reclamos no serán pagados a menos que haya una forma de inscripción en los archivos!

July 2014, Form G1-SA