



APPLICATION FOR BENEFITS
IBEW Local 733

Complete **Exactly** as you wish to be enrolled.
If a dependent is not listed they will **not** be covered.
If a benefit is not selected, it will be **dropped or not enrolled**.



Reason for Application: Open Enrollment New Hire Change in Information

Qualifying Life Event _____ Event Details: _____ Date of Event: _____

PRINT NAME*	DATE OF BIRTH*	GENDER*	SOCIAL SECURITY* #
PHONE NUMBER*	JOB TITLE*	BADGE NUMBER*	HIRE DATE*

ADDRESS* _____ **CITY*** _____ **STATE*** _____ **ZIP*** _____

DENTAL (SunLife) <i>Must select one box only</i> <input type="checkbox"/> Employee Only (\$ 5.65 per Paycheck) <input type="checkbox"/> Employee + Spouse (\$11.89 per Paycheck) <input type="checkbox"/> Employee + Child(ren) (\$15.32 per Paycheck) <input type="checkbox"/> Employee + Family (\$21.01 per Paycheck) <input type="checkbox"/> Decline ¹	VISION (VSP) <i>Must select one box only</i> <input type="checkbox"/> Employee Only (\$2.08 per Paycheck) <input type="checkbox"/> Employee + Spouse (\$3.50 per Paycheck) <input type="checkbox"/> Employee + Child(ren) (\$3.57 per Paycheck) <input type="checkbox"/> Employee + Family (\$5.65 per Paycheck) <input type="checkbox"/> Decline ¹
--	--

Sun Life Dental Network: Plan #933333

Dental and Vision ID Cards Are Not Required

VSP Vision Network: Social Security Number is Used

¹If you are declining all coverage, please see Waiver section below.

IF YOU WISH TO ENROLL YOUR ELIGIBLE DEPENDENTS, COMPLETE THE FOLLOWING:

DEPENDENTS	FIRST NAME* LAST NAME*	GENDER*	BIRTHDAY*	SOCIAL SECURITY NUMBER*	ADD DENTAL	DROP DENTAL	ADD VISION	DROP VISION	Date of Marriage
SPOUSE					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CHILD				N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
CHILD				N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
CHILD				N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
CHILD				N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
CHILD				N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A

At the age of 26, dependent children will become ineligible for coverage regardless of student status.

On the day this coverage begins, will you, your spouse, or any of your dependents be covered under any other dental or vision care insurance plan or policy including policies with Guardian, United Healthcare, or Medicare? Yes No

Spouse Name	Name of Carrier
Dependent Name	Name of Carrier

Please disclose any additional dependents with other coverage on the back of this application.

I acknowledge that all information provided on this form is complete and accurate. I understand that premiums will be withheld before taxes and ***I will only be allowed to make changes to my elections within 31 days of a qualifying event. Otherwise, I will only be allowed to make changes during open enrollment.***

***SIGNATURE** _____ ***DATE** _____

¹Waiver:

I understand that by signing below, I am waiving coverage at this time. I understand, I and my dependents will not be allowed to participate in the policy checked above, until the next open enrollment period or within 30 days of a qualifying event.

SIGNATURE _____ **DATE** _____



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ABIERTA DE SUNLIFE
IBEW Local 733**

Complete **Exactly** as you wish to be enrolled.
If a dependent is not listed they will **not** be covered.
If a benefit is not selected, it will be **dropped or not** enrolled.



Reason for Application: Open Enrollment New Hire Change in Information

Qualifying Life Event _____ Event Details: _____ Date of Event: _____

NOMBRE IMPRESO*		FECHA DE NACIMIENTO*	GENERO*	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL*
NUMERO DE TELEFONO*		TITULO PROFESIONAL*	NUMERO DE PLACA*	FECHA DE CONTRATACION*
HABLA A*	CICDAD*	ESTADO*	CODIGO POSTAL*	

DENTAL (Sunlife) SELECCIONA SOLO UNO <input type="checkbox"/> EMPLEADO (\$ 5.65 per Paycheck) <input type="checkbox"/> EMPLADO + CONYUGE (\$11.89 per Paycheck) <input type="checkbox"/> EMPLEADO + HIJO(S) (\$15.32 per Paycheck) <input type="checkbox"/> EMPLEADO + FAMILIA (\$21.01 per Paycheck) <input type="checkbox"/> DISMINUCION ¹		VISION (VSP) SELECCIONA SOLO UNO <input type="checkbox"/> EMPLEADO (\$2.08 per Paycheck) <input type="checkbox"/> EMPLADO + CONYUGE (\$3.50 per Paycheck) <input type="checkbox"/> EMPLEADO + HIJO(S) (\$3.57 per Paycheck) <input type="checkbox"/> EMPLEADO + FAMILIA (\$5.65 per Paycheck) <input type="checkbox"/> DISMINUCION ¹	
---	--	---	--

Sun Life Dental Network: Plan #933333

VSP Vision Network: Número de seguro social utilizado

No se requieren tarjetas de identificación dental y de la vista

¹SI ESTA RECHAZANDO CUALQUIER COBERTURA, VEA LA SECCION DE EXENCION A CONTINUACION

SI DESEA INSCRIBIRSE DEPENDIENTES ELEGIBLES, COMPLETE LOS SIGUIENTES:

DEPENDIENTES	NOMBRE DE PILA* APELLIDO*	GENERO*	CUMPLEANOS*	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL*	AGREGAR DENTAL	GOTA DENTAL	AGREGAR VISION	GOTA VISION	FECHA DE CASAMIENTO
ESPOSO					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NINO				N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
NINO				N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
NINO				N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
NINO				N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
NINO				N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A

A LOS 26 AÑOS, LOS NIÑOS DEPENDIENTES NO SERÁN ELEGIBLES PARA LA COBERTURA SIN IMPORTAR EL ESTADO DEL ESTUDIANTE.

El día en que comience esta cobertura, ¿estará usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes cubierto por algún otro plan o póliza de seguro dental o de la vista? SI NO

NOMBRE DEL CONYUGE	NOMBRE DEL PORTADOR
NOMBRE DEPENDIENTE	NOMBRE DEL PORTADOR

Revele cualquier dependiente adicional con otra cobertura en el reverso de esta solicitud.

Reconozco que toda la información proporcionada en este formulario es completa y precisa. Entiendo que las primas se retendrán antes de impuestos y solo se me permitirán hacer cambios a mis elecciones dentro de los 31 días de un evento calificador. De lo contrario, solo se me permitirá hacer cambios durante la inscripción abierta.

*FIRMA _____ *FECHA _____

RENUNCIA:

Entiendo que al firmar a continuación, renuncio a la cobertura en este momento. Entiendo que a mí y a mis dependientes no se nos permitirá participar en la política marcada anteriormente, hasta el próximo período de inscripción abierta o dentro de los 30 días de un evento calificado.

FIRMA _____ FECHA _____