



CHRISTIAN
BROTHERS
SERVICES

Fideicomiso de beneficios
para empleados
1205 Windham Parkway
Romeoville, IL 60446
800.807.9460 / 630.378.3005 fax

Solicitud de cobertura colectiva/Formulario de inscripción

Con base en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA), es posible que algunas cláusulas contenidas en este plan puedan aplicar o no mientras usted tenga cobertura. LEA DETENIDAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si renuncia a (o rechaza) la inscripción para usted o sus dependientes debido a otra cobertura de salud, puede inscribirse posteriormente en los siguientes 31 días de la extinción de la otra cobertura de salud. La extinción de la cobertura de salud incluye separación, divorcio, muerte, terminación del empleo, reducción en las horas laborales, agotamiento de la continuación o estado de continuación de COBRA, o si han terminado las contribuciones del empleador para su cobertura.

Asimismo, cualquier cambio en el estado de su familia puede permitirle hacer la inscripción en los siguientes 31 días al evento. Esto incluye matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción de un hijo. (Consulte el Formulario de Inscripción especial)

Con la llegada de la **Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños de 2009** (Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009), dos oportunidades de inscripción adicional aplican para los miembros del Fideicomiso CBEBT y sus dependientes inscritos, si sucede alguno de los siguientes eventos:

- Terminación de Medicaid o del Programa de Seguro médico para niños (Children's Health Insurance Program, **CHIP**) por razones de pérdida de elegibilidad; o
- Llegar a ser elegible para asistencia de primas estatales bajo Medicaid o **CHIP**.

Los miembros del fideicomiso y sus dependientes que sean elegibles pero no estén inscritos para cobertura bajo el Fideicomiso de beneficios para empleados de Christian Brothers tienen hasta **60 días** para solicitar cobertura bajo el plan de salud colectivo.

Comuníquese con su empleador para solicitar alguna aclaración con relación a su inscripción en el CBEBT.

Por favor lea y complete cuidadosamente **TODAS** las secciones que correspondan.

1. Sección para el empleador

Escriba en letra de molde o a máquina.

Nombre de la ubicación:		N.º de ubicación:	
Primer día laboral activo:		Enrollment Use Only: Effective Date of Coverage:	
Salario anual:		Ocupación:	

2. Sección para el empleado

Apellido del empleado:		Nombre del empleado:	
Dirección de residencia del empleado:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
N.º de Seg. Soc. del empleado:		Fecha de nacimiento:	
Dirección de correo electrónico:		Teléfono de residencia:	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	

Solicito obtener cobertura para los beneficios aplicables de mi Plan colectivo como:

- Solo empleado Empleado y cónyuge
 Empleado e hijo(s)
 Empleado, cónyuge e hijo(s)

Complete la sección a continuación, si selecciona cobertura para dependientes.

Se debe completar en su totalidad o puede provocar retrasos.

Indique el nombre de cada dependiente y responda cada pregunta para cada dependiente.	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Sexo F/M	¿Es usted el tutor legal?	Hijastro
Cónyuge:				N/A	N/A

Indique los menores a continuación

1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Firma del empleado:	Fecha:
---------------------	--------

3. Exención de cobertura colectiva

Por este medio certifico que se me ha dado la oportunidad de solicitar cobertura colectiva. Comprendo que si renuncio a la cobertura en este momento, es posible que la futura cobertura se demore. Me niego a inscribir a:

- Mi persona Mis dependientes para cobertura(s) porque:
 Inscrito en el Plan del cónyuge Póliza individual Medicare Medicaid
 Inscrito en otro plan del empleador Otro (por favor explique _____)

Fecha de vigencia:		Firma del empleado:		Fecha:	
--------------------	--	---------------------	--	--------	--

4. Seguro de vida

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: NO USE ESTE FORMULARIO PARA CAMBIAR LA DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO.

Nombre del empleador:		N.º de ubicación:	
Nombre del empleado:			
N.º de Seguro Social:			

Designación de beneficiarios primarios

(Si se tienen Beneficiarios adicionales, adjunte una página adicional)

Nombre completo (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	Relación	Fecha de nacimiento	% de participación

El pago se hará en partes iguales o en su totalidad al superviviente, a menos que se indique lo contrario.

En el caso en que el (los) beneficiario(s) primario(s) mencionado(s) fallezcan antes que el asegurado, designo como beneficiario(s) contingente(s)

Designación de beneficiarios contingentes

(Si se tienen Beneficiarios adicionales, adjunte una página adicional)

Nombre completo (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	Relación	Fecha de nacimiento	% de participación

El pago se hará en partes iguales o en su totalidad al superviviente, a menos que se indique lo contrario.

Si no estuviera con vida el beneficiario o el beneficiario contingente designado después del fallecimiento del asegurado, el monto pagadero por razón del fallecimiento del asegurado se deberá pagar como se estipula en la Póliza colectiva.

Firma del empleado:		Fecha:	
---------------------	--	--------	--

**DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS POPULARES
(CONSULTE LA SIGUIENTE PÁGINA)**

Designaciones de beneficiarios populares

Asegúrese de usar los nombres de pila como "Mary M. Doe", no la "señora de John Doe". Las siguientes designaciones como muestra le pueden ser útiles.

<u>Tipo de beneficiario</u>	<u>Redacción estándar</u>
1. patrimonio del asegurado	mis bienes
2. un beneficiario	Anna L. Doe, esposa
3. dos beneficiarios	John A. Doe, padre y Mary I. Doe, madre, en partes iguales o para el superviviente
4. tres o más beneficiarios	John A. Doe, padre y Mary I. Doe, madre, y Henry J. Doe, hijo, en partes iguales o para el (los) superviviente(s)
5. un beneficiario y un beneficiario contingente	Anna L. Doe, esposa, si vive; de lo contrario, Henry J. Doe, hijo
6. un beneficiario y dos o más beneficiarios contingentes	Anna L. Doe, esposa, si vive, de lo contrario Henry J. Doe, hijo, Alice G. Doe, hija, en partes iguales o para el superviviente
7. un beneficiario y tres o más beneficiarios contingentes	Anna L. Doe, esposa, si vive, de lo contrario Henry J. Doe, Alice G. Doe y Charles B. Doe, hijos, en partes iguales o para el (los) superviviente(s)
8. dos beneficiarios y un beneficiario contingente	John A. Doe, padre, y Mary I. Doe, madre, en partes iguales o para el superviviente; de lo contrario, Anna L. Doe, esposa
9. dos beneficiarios en partes desiguales	tres cuartas partes de los ingresos para John A. Doe, padre, si estuviese vivo, y una parte para Anna L. Doe, madre, si estuviese viva, la parte de un beneficiario fallecido se le pagará al superviviente, si hubiere
10. fideicomiso con fideicomisarios individuales	Richard Doe y John Smith, fideicomisarios, o un sucesor en fideicomiso bajo (nombre del fideicomiso) establecido el (fecha del acuerdo del fideicomiso)
11. fideicomiso presente o vital	ABC Bank and Trust Company, Des Moines, Iowa, fideicomisario o sucesor en fideicomiso bajo (nombre del fideicomiso) establecido (fecha del acuerdo del fideicomiso), en tanto que, sin embargo, la compañía haya recibido en los siguientes 180 días del fallecimiento del asegurado, evidencia satisfactoria para la existencia de dicho fideicomiso; de lo contrario, para el patrimonio del asegurado.
12. fideicomiso testamentario	Fideicomisario del fideicomiso de Mary L. Doe o sucesor en fideicomiso establecido por la última voluntad y testamento del asegurado, con fecha ...

5. Otra Cobertura / Autorización para divulgar información

Como un nuevo participante del Fideicomiso a Beneficio de los Empleados de Christian Brothers, es necesario que complete la información solicitada a continuación. De no hacerlo, dará lugar a una demora en la tramitación de su solicitud inicial de beneficios.

Nombre del Empleado:	
Número del Seguro Social:	
Dirección:	

Información sobre su otra cobertura

Por favor, marque con **x** una de las siguientes categorías y proporcione la información solicitada, si corresponde.

Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Religioso(a)

<input type="checkbox"/> Casado(a) (Nombre del cónyuge):		Fecha de nacimiento:	
---	--	----------------------	--

Número del Seguro Social:	
---------------------------	--

¿Tiene algún empleador adicional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre, dirección y número de teléfono. _____ _____ _____
-----------------------------------	---	---

¿Tiene alguna otra cobertura (Incluyendo AARP)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre, dirección y número de teléfono. _____ _____ _____
---	---	---

¿Sus hijos dependientes (si los hay) tienen algún otro tipo de cobertura (incluyendo AARP)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre, dirección y número de teléfono. _____ _____ _____
---	---	---

¿Su cónyuge tiene empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre, dirección y número de teléfono. _____ _____ _____
---------------------------	---	---

¿Otra cobertura del cónyuge (incluyendo AARP)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre, dirección y número de teléfono. _____ _____ _____
--	---	---

CUALQUIER CAMBIO EN LA INFORMACIÓN SOBRE OTRA COBERTURA DEBE SER REPORTADO A NUESTRA OFICINA.

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN, DECLARACIONES Y RESPUESTAS HECHAS EN ESTE FORMULARIO SON COMPLETAS Y VERDADERAS A MI LEAL SABER Y ENTENDER.	Firmado (Empleado)	Fecha
---	--------------------	-------

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Autorizo a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica para proporcionar al Fideicomiso a Beneficio de los Empleados de Christian Brothers, o su representante, toda la información con respecto a mi historia clínica, síntomas, tratamiento, resultados de exámenes o diagnóstico. Una fotocopia de esta autorización se considerará con el mismo efecto y validez que el original. Esta autorización tendrá vigencia por un año desde la fecha en que sea firmada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.	Firmado (Empleado)	Fecha
--	--------------------	-------

Historia del Fideicomiso de beneficios para empleados de Christian Brothers

El Fideicomiso de beneficios para empleados de Christian Brothers (***Christian Brothers Employee Benefit Trust, CBEET***) se estableció el 1 de enero de 1977, por parte de Christian Brothers. Empezó en 1966 como una iniciativa colectiva para proporcionar un paquete integral de Beneficios para empleados a los empleados de las escuelas de Christian Brothers. Conforme se difundió la noticia sobre los beneficios y ahorros recibidos por participar en un grupo grande, en 1977 se hizo accesible para cualquier institución católica registrada en el directorio católico Kenedy en todo el país.

CBEET ha evolucionado para convertirse en una iniciativa cooperativa de las organizaciones católicas que trabajan continuamente juntas para proporcionar un paquete de beneficios para sus empleados en una forma económica.

CBEET está dirigido por una junta de fideicomisarios que han sido electos por los miembros del Fideicomiso. Los Fideicomisarios han contratado a ***Christian Brothers Services*** para que actúe como el Administrador del Plan para el Fideicomiso. Servicios de beneficios para la salud (***Health Benefit Services***) es la división de ***Christian Brothers Services*** que administra todos los planes de beneficios financiados por el Fideicomiso.

Declaración de la misión de Christian Brothers Services

La Misión de ***Christian Brothers Services*** es servir a la Comunidad católica al ayudar a satisfacer las necesidades de organización y administración por medio del desarrollo de programas de calidad, económicos e innovadores, así como servicios administrativos.

Llevamos a cabo esta misión con la colaboración de otras organizaciones católicas al combinar el liderazgo y los conocimientos profundos con la práctica de los principios de buena administración empresarial y la creencia en las doctrinas de la Iglesia Católica.

Números de teléfono importantes

Servicio al cliente/Información sobre beneficios.....800.807.0400
Christian Brothers Health Benefit Services
1205 Windham Parkway, Romeoville, IL 60446-1679