



1901 Las Vegas Blvd. So. Suite 107
 Las Vegas, Nevada 89104-1309
 (702) 733-9938
 www.culinaryhealthfund.org

FORMULARIO DE ELECCIÓN DE COBERTURA CONTINUADA DE COBRA

Yo (nosotros) elegimos la cobertura continuada de COBRA en el Plan de Bienestar de UNITE HERE Health (el Plan) como se ha indicado abajo:

Por favor indique abajo a cada persona (“beneficiario calificado”) por quien usted elige la cobertura continuada de COBRA.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL EMPLEADO	SSN

Tipo de cobertura elegida (Marque sólo una):

Tarifa Mensual Efectivo

- CORE:** Médica y recetas solamente \$
- CORE PLUS:** Médica, Dental, Visión, Recetas \$

Las tarifas de COBRA cambian el 1º de abril de cada año

Por favor tome nota: Si usted, su conyuge, o su dependiente es elegible para Medicare, continuación de cobertura COBRA es mi pagador secundario a Medicare. Si todavía no es elegible para Medicare, continuación de cobertura COBRA termina cuando Medicare es eficaz

Firmado

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Parentesco al/a los individuo(s) indicados arriba

Número de teléfono durante el día

Dirección

Envíe el formulario de elección completo antes de la fecha de vencimiento al:

Contribution Accounting Department
 Culinary Health Fund
 1901 Las Vegas Boulevard South, Suite 107
 Las Vegas, NV 89104-1309