

Formulario de Cambio de Fumador a No Fumador

Complete este formulario si ha cambiado su estado de fumador tras el período de inscripción abierta anual. Se modificarán las deducciones para reflejar el cambio en el estado de fumador un mes completo después de que la Oficina del Fondo reciba el formulario o un mes completo posterior a la fecha de finalización del hábito de fumar (la última de las dos).

sección 1

Nombre del miembro	<input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> femenino	Fecha de nacimiento	Número de identificación o número de seguro social
Dirección del miembro			Número de teléfono del miembro
Dirección de correo electrónico del miembro	Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador

sección 2

Certificación de fumador

Según las pautas del Plan, la definición de fumar es la inhalación de tabaco encendido, incluidos los cigarrillos, los cigarros y las pipas.

Soy fumador en la actualidad (complete la sección 4) NO soy fumador en la actualidad (complete sección 3 y 4)

sección 3

Cambio de estado para las deducciones de nómina

Si modifica el estado de Fumador a No fumador y solicita que la deducción de parte de la prima se ajuste de manera correspondiente como se detalla en el Contrato Colectivo de Trabajo, complete lo que sigue. Esta sección **DEBE** certificarse por un notario público.

Yo, _____, juro que no he inhalado tabaco encendido, incluidos cigarrillos, cigarros ni pipas desde _____ (fecha aproximada de finalización del hábito de fumar). Si en el futuro esta información cambia, accedo a notificar a Local 655 Welfare Fund de inmediato.

Firma del notario público	Notario público: Estampe aquí el sello
Fecha	
Firma del miembro	
Fecha	

sección 4

Certificación de declaración verdadera

Certifico que la información previamente proporcionada es auténtica y verdadera. Entiendo que toda declaración falsa de manera intencional en la presente puede anular mi cobertura y anulará los beneficios. Si existe algún cambio que afecte esta declaración, informaré de inmediato a Welfare Fund.

Firma del miembro

Fecha