LOCAL 503
SEIU
Stronger Together

CÔNG ĐOÀN NHÂN VIÊN PHỤC VỤ QUỐC TẾ LOCAL 503

2021 LỢI ĐIỂM THÀNH VIÊN

Lợi điểm Thành viên

CHÀO MỪNG!

Bằng cách tham gia và duy trì tư cách thành viên của quý vị với SEIU Local 503, những phúc lợi sau đây có sẵn cho quý vị. Chi tiết có sẵn trong tập sách này.

- **Chính sách bảo hiểm nhân thọ $ 2,500** do công đoàn của quý vị thanh toán, SEIU Local 503. Chính sách này có hiệu lực miễn là quý vị là thành viên đương thời. Quý vị có thể chỉ định một người thụ hưởng bằng cách điền vào mẫu Ghi Danh & Chỉ định Người Thụ hưởng ở trang 10 của tập sách này.
- **Bảo hiểm nhân thọ bổ sung** có thể được mua trong vòng 90 ngày đầu tiên sau khi có tư cách thành viên công đoàn hoặc trong thời gian Ghi danh Mở. Bảo hiểm mua vào bất kỳ thời điểm nào khác đòi hỏi trách nhiệm bảo hiểm y tế. Thông tin chi tiết từ trang 6 đến trang 9 của tập sách này và mẫu ghi danh ở trang 10.
- **Bảo hiểm Khuyết tật Ngắn hạn** được bảo đảm nếu được mua trong vòng 90 ngày đầu tiên sau khi gia nhập làm thành viên công đoàn. Bảo hiểm mua vào bất kỳ thời điểm nào khác đòi hỏi sự chấp thuận của công ty bảo hiểm y tế. Chi tiết từ trang 7 đến trang 9 của tập sách này và mẫu ghi danh ở trang 10.
- **Ghi danh mua bảo hiểm pháp lý** có sẵn để mua trong vòng 90 ngày đầu tiên sau khi gia nhập công đoàn hoặc trong thời gian Ghi danh Mở. Chi tiết ghi danh và hội đủ điều kiện có sẵn trên các trang từ 1 đến 3 và mẫu ghi danh được ghi ở trang 4.

  Các mẫu đơn ghi danh để thành viên mới mua bảo hiểm nhân thọ, khuyết tật ngắn hạn và bảo hiểm pháp lý phải được văn phòng Membership Advantages nhận trong vòng 90 ngày đầu tiên sau khi gia nhập công đoàn.
- Bạn có thể mua **Bảo Hiểm Aflac** trong vòng 90 ngày đầu tiên kể từ khi trở thành thành viên mới của Liên Đoàn hoặc trong thời gian Đăng Ký Mở. Hãy liên hệ với Membership Advantages để biết thông tin về cách đăng ký.
- **Học bổng** có sẵn cho các thành viên, người phối ngẫu/bạn đời sống chung, con cái và cháu của họ. Học bổng được trao tặng dựa trên nhu cầu tài chính và khả năng học thuật. Quý vị phải là thành viên trong một năm trước khi quý vị có thể nộp đơn xin. Các cơ hội nộp đơn xin có sẵn từ giữa tháng 11 đến tháng 2 cho năm học sau.
- **Phúc lợi và chiết khấu bổ sung** có sẵn dành cho các thành viên và gia đình của họ Thông tin chi tiết có trên trang 19.

Dịch vụ Khách hàng Membership Advantages
1.844.503.SEIU (7348)
Email: membershipadvantages@seiu503.org

Một lần nữa, chào mừng quý vị đến với Công đoàn của chúng tôi!

Lợi điểm Thành viên

nội dung

Bảo hiểm Pháp lý

Thông tin UltimateAdvisor® 1
Mẫu Ghi danh Pháp lý 4
Tờ Tuyên khai bạn đời sống chung..... 16

Bảo hiểm Nhân thọ & Khuyết tật

Thông tin về Bảo hiểm Nhân thọ..... 6
Thông tin về Khuyết tật Ngắn hạn 7
Biểu phí Bảo hiểm Hàng tháng 9
Mẫu Ghi danh Đời sống và Chỉ định Người Thụ hưởng 10
Mẫu Bằng chứng về Tính Khả dĩ Bảo hiểm 12
Tờ Tuyên khai bạn đời sống chung..... 16
Thông báo Bảo mật 18

Bảo Hiểm Aflac..... 19
Chiết khấu và phúc lợi khác..... 19-20

Sổ Tay (Membership Advantages) Lợi điểm Thành Viên này là bản tóm tắt và không mô tả đầy đủ các lựa chọn Lợi điểm Thành Viên của quý vị. Để biết thêm thông tin, hãy liên hệ với văn phòng Lợi điểm Thành Viên (Membership Advantages) SEIU hoặc tham khảo sổ tay bằng chứng về bảo hiểm của quý vị. Trong trường hợp xung đột giữa bản tóm tắt này và sổ tay về bằng chứng bảo hiểm, sổ tay bằng chứng bảo hiểm sẽ được áp dụng.

LOCAL 503
SEIU
Stronger Together

Bảo hiểm Pháp lý từ ARAG®

BẢO HIỂM PHÁP LÝ

Được thiết kế cho Thành viên của SEIU Local 503

Pháp lý ở khắp mọi nơi. Bảo vệ bản thân và gia đình quý vị bằng bảo hiểm pháp lý.

Cuộc sống có vô vàn những tình huống pháp lý. Một số việc bạn dự định làm — như viết bản di chúc hay mua một căn nhà — và những tình huống khác sẽ ẩn chứa nhiều điều khó lường hơn — giống như khi khiếu nại vé phạt vi phạm giao thông hay lấy lại tiền đặt cọc từ người chủ đất khó tính. Hãy đăng ký ngay hôm nay để có thể vượt qua những thách thức về pháp lý trong cuộc sống.

Với bảo hiểm pháp lý UltimateAdvisor® từ ARAG®:

- Phí luật sư trong mạng lưới của quý vị **được thanh toán đầy đủ 100%** cho nhiều vấn đề pháp lý được bảo hiểm khác nhau.
- Truy cập mạng lưới của ARAG gồm hơn **14.000 luật sư** với trung bình 20 năm kinh nghiệm.
- Giải quyết các tình huống pháp lý được bảo hiểm của bạn thông qua sự trợ giúp pháp lý và đại diện **của một luật sư trong mạng lưới ở gần bạn**.
- Có **quyền truy cập mọi lúc vào các công cụ và nguồn trợ giúp trực tuyến**, bao gồm cả DIY Docs® để giúp bạn tạo rất nhiều tài liệu có hiệu lực pháp lý, bao gồm các mẫu dành riêng cho tiểu bang.

Tôi Nhận được Gì để Đổi lại Khoản Phí Bảo hiểm?

Các Dịch vụ Tại Văn phòng: Quý vị nhận được quyền truy cập vào mạng lưới toàn quốc gồm hơn **14,000 luật sư**, những người có thể tư vấn và đại diện cho quý vị.

Tư vấn qua Điện thoại: Gặp trực tiếp luật sư để được họ tư vấn, xem xét và chuẩn bị tài liệu cũng như đại diện cho bạn.

Những Nguồn Thông tin Trực tuyến: ARAG cung cấp các công cụ trực tuyến và thông tin hữu ích để tìm hiểu thêm về các vấn đề pháp lý của riêng quý vị. Sử dụng **DIY Docs**® để giúp bạn tạo vô số tài liệu có hiệu lực pháp lý, bao gồm các mẫu dành riêng cho tiểu bang.

Chi phí Tốn Bao nhiêu?

Bảo hiểm Gia đình: $21.49 mỗi tháng

Bảo hiểm Cá nhân: $16.29 mỗi tháng

Đối với thắc mắc hoặc thông tin bổ sung về chương trình bảo hiểm

- Hãy gọi Membership Advantages (Lợi điểm Thành viên) tại số 1.844.503.SEIU (7348)
- Truy cập ARAGlegal.com/plans, mã truy cập 10540sei
- Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của ARAG từ 5 giờ sáng đến 5 giờ tối. Giờ Central (Vùng Trung tâm), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu tại số 1.800.247.4184

Bảo hiểm pháp lý ARAG có thể giúp bạn tiết kiệm trung bình $1.987[1] tình huống pháp lý.

Dịch vụ Thuế và Bảo vệ chống Trộm cắp Danh tính!

Chúng tôi hiểu rằng đôi khi các tình huống tài chính trong cuộc sống có thể trở nên phức tạp, đặc biệt là khi quý vị đang đối phó với các vấn đề về thuế cá nhân. Bây giờ quý vị sẽ có một nơi để dựa vào bất cứ khi nào quý vị cần các chuyên gia trợ giúp về việc tư vấn thuế và các dịch vụ liên quan. Hãy gọi để nhận được tư vấn trực tiếp với chuyên gia thuế chuyên nghiệp, giàu kinh nghiệm. Và đừng quên quý vị có chương trình Bảo vệ Chống Trộm cắp Danh tính. Dịch vụ này có thể theo dõi những thay đổi đối với hồ sơ tín dụng và danh tính trực tuyến của bạn, cùng với phục hồi danh tính dịch vụ đầy đủ, bảo hiểm trộm cắp danh tính[2] và các dịch vụ có giá trị khác.

Bảo hiểm Pháp lý từ ARAG®

Chi tiết về Chương trình Bảo hiểm Pháp lý UltimateAdvisor®

Dựa trên phạm vi bảo hiểm và dịch vụ rộng lớn, như các ví dụ dưới đây, giải quyết các vấn đề gia đình, pháp lý và tài chính mà quý vị có thể gặp phải trong cuộc sống:

Đây chỉ là một số phúc lợi mà quý vị nhận được. Để có danh sách đầy đủ các vấn đề được bảo hiểm, hãy truy cập ARAGLegal.com/plans, mã truy cập **10540sei**.

Vấn đề Người Tiêu dùng
- Sữa chữa Ô tô
- Mua / Bán xe
- Gian lận Người Tiêu dùng
- Nhà thầu

Lập Chương trình cho Di chúc
- Di chúc
- Tu chỉnh Di chúc
- Di chúc Đương thời
- Giấy Uỷ Quyền
- Quản trị Di sản (lên đến 9 giờ)

Món nợ
- Phá sản
- Thu nợ
- Gánh nặng Thế chấp trên tài sản
- Họp nhất Nợ Sinh viên

Chống Thiệt Hại Dân Sự
- Mạ lỵ/Phỉ báng
- Các Vấn đề Liên quan đến Thú cưng

Gia đình
- Nhận con nuôi
- Trợ cấp người phối ngẫu
- Tiền Bảo dưỡng Con cái
- Nuôi giữ Con cái
- Ly hôn (Có tranh chấp - tối đa 15 giờ)
- Thỏa thuận trước hôn nhân
- Tình trạng Bạo lực Gia đình
- Giám hộ / Bảo hộ
- Sự Điên rồ / Đau yếu
- Thay đổi Tên
- Trách nhiệm của Phụ huynh

Địa ốc
- Mua / Bán Nhà cửa
- Nhà bị Xiết
- Tranh chấp hàng xóm
- Tranh chấp Bất động sản

Thuế
- Kiểm toán thuế IRS
- Thu Thuế IRS

Giao thông không có DUI
- Đình chỉ / Thu hồi
- Giấy phạt Giao thông (1 x mỗi năm)

Các Dịch Vụ dành cho Người Thuê Nhà
- Hợp đồng / Thuê
- Trục xuất
- Tiền đặt cọc (security deposits)
- Tranh Chấp với Chủ Đất

Các Vấn đề Hình sự
- Mở rộng Việc làm
- Thỉnh nguyện xin Phóng thích
- Vị thành niên
- Khinh tội

Các Vấn đề Tổng quát
- Giấy Nhận Nợ
- Bằng khoán Bất động sản
- Bảo vệ tài sản cá nhân

Lợi Ích của Chính Phủ
- Tranh Chấp về An Sinh Xã Hội, Cựu Chiến Binh và Medicare

Đối với thắc mắc hoặc chương trình bổ sung :
- Hãy gọi Membership Advantages (Lợi điểm Thành viên) tại số 1.844.503.SEIU (7348)
- Truy cập ARAGlegal.com/plans, mã truy cập 10540sei
- Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của ARAG từ 5 giờ sáng đến 5 giờ tối. Giờ Central (Vùng Trung tâm), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu tại số 1.800.247.4184

"ARAG đã giúp cho kinh nghiệm giải quyết một vấn đề pháp lý dễ dàng hơn nhiều so với việc phải lo liệu một mình. Tôi không phải tìm kiếm một luật sư hay bỏ ra một khoản tiền lớn."

Donna, San Francisco, CA

Đọc các bài đánh giá của các thành viên thực sự của chương trình tại ARAGLegal.com

Đối với bất kỳ vấn đề nào khác không được bao gồm, không bị loại trừ, quý vị sẽ nhận được khoản phí được giảm tối thiểu 25% trên mức giá bình thường của luật sư trong mạng lưới.

Nhưng xin chờ chút, còn nhiều nữa!

Khi chọn **UltimateAdvisor Plus**™, bạn cũng sẽ nhận được:

- Bảo hiểm Trộm cắp Danh tính: Bảo hiểm lên tới 1 triệu đô la cho các chi phí liên quan đến việc khôi phục danh tính của quý vị.[2]
- Phục hồi Danh tính với Dịch vụ Toàn diện: Các chuyên gia phục hồi có thể thay mặt quý vị làm việc để minh bạch hoá tên và khôi phục danh tính của quý vị.
- Dịch vụ Bị Mất Ví: Các chuyên gia phục hồi danh tính sẽ giúp quý vị hủy bỏ và tái cấp thẻ tín dụng, bằng lái xe, v.v.
- Giám sát Tín dụng một Cơ quan: Theo dõi các thay đổi trong báo cáo tín dụng của quý vị.
- Giám sát Internet: Theo dõi các trang web và các điểm dữ liệu khác để cảnh báo quý vị nếu thông tin cá nhân đang bị trao đổi và/hoặc bán.
- Giám sát Nhận dạng Trẻ em: Theo dõi danh tính của con cái vị thành niên của quý vị để cảnh báo quý vị nếu thông tin cá nhân của em đang bị trao đổi và/hoặc bán.
- Giám sát sự thay đổi địa chỉ: Thông báo cho quý vị nếu yêu cầu thay đổi địa chỉ được gửi đến Dịch vụ bưu điện Hoa Kỳ cho địa chỉ của bạn.
- Dịch vụ Tư vấn và Giáo dục Tài chính có hướng dẫn và câu trả lời của các cố vấn tài chính được huấn luyện cao độ về nhiều chủ đề khác nhau.
- Dịch vụ tư vấn pháp lý từ các luật sư thuộc mạng lưới và dịch vụ chăm sóc do Eldercare Advocates cung cấp nhằm hỗ trợ bạn chăm sóc cha mẹ và ông bà.

Thời gian Giới hạn để Đăng ký:
Đừng bỏ lỡ cơ hội ghi danh để nhận bảo vệ pháp lý hợp lý của quý vị. Chỉ cần hoàn tất mẫu đăng ký ở trang 4 và gửi lại cho:

SEIU Local 503
PO Box 12159
Salem, OR 97309

Gia đình : $21.49 mỗi tháng
Cá nhân : $16.29 mỗi tháng

Bảo hiểm Pháp lý từ ARAG®

Tính đủ điều kiện của

Thành viên mới - thành viên đủ điều kiện ghi danh trong vòng 90 ngày sau khi trở thành thành viên của SEIU Local 503. Thành viên ghi danh có thể ghi danh cho vợ/chồng hoặc bạn đời chung thân đủ điều kiện và tất cả trẻ em phụ thuộc chưa lập gia đình của thành viên hoặc vợ/chồng/bạn đời của họ, dưới 26 tuổi. Thành viên mới cũng có thể ghi danh cho con phụ thuộc chưa kết hôn của họ, từ 26 tuổi trở lên và bị khuyết tật, nếu quý vị hoặc vợ/chồng/bạn đời của quý vị là người giám hộ hợp pháp được tòa án chỉ định. Quý vị phải nộp giấy giám hộ cùng biểu mẫu ghi danh của mình.

Ghi danh mở - thành viên đủ điều kiện ghi danh trong giai đoạn ghi danh mở hàng năm. Thành viên ghi danh có thể ghi danh cho vợ/chồng hoặc bạn đời chung thân đủ điều kiện và tất cả trẻ em phụ thuộc chưa lập gia đình của quý vị hoặc vợ/chồng/bạn đời của quý vị, dưới 26 tuổi.

Chấm dứt Bảo hiểm

Bảo hiểm pháp lý kết thúc khi người tham gia không thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng theo yêu cầu hoặc không còn là thành viên của SEIU Local 503. Tư cách thành viên trong chương trình bảo hiểm chỉ có thể bị hủy bỏ trong thời gian Đăng ký Mở hoặc nếu hợp đồng bị hủy bởi chủ hợp đồng bảo hiểm. Mọi vấn đề pháp lý đã được xác nhận hưởng bảo hiểm sẽ tiếp tục được bảo hiểm theo chương trình này cho đến khi hoàn tất vấn đề cụ thể đó; tuy nhiên, nếu các thông tin/dữ kiện thay đổi, điều đó có thể ảnh hưởng đến việc bảo hiểm hoặc cấu thành trường hợp loại trừ.

Thay đổi Ghi danh

Các thay đổi đối với tình trạng ghi danh của quý vị được cho phép trong vòng 31 ngày kể từ ngày có sự kiện về tình trạng đủ điều kiện và nếu sự thay đổi được yêu cầu nhất quán với sự kiện đủ điều kiện. Sự kiện trạng thái đủ điều kiện có thể bao gồm:

- Hôn nhân hoặc ly hôn
- Sinh con hoặc nhận con nuôi
- Con cuối cùng mất tư cách hội đủ điều kiện; ví dụ, trẻ em đến tuổi 26 hoặc kết hôn
- Cái chết của vợ / chồng hoặc người phụ thuộc

Quý vị phải thông báo cho SEIU Local 503 Membership Advantages (Lợi điểm Thành Viên) trong vòng 31 ngày kể từ ngày hội đủ điều kiện. Nếu SEIU Local 503 không được thông báo trong vòng 31 ngày kể từ ngày sự kiện làm cho đủ điều kiện thì cơ hội tiếp theo để thay đổi việc ghi danh sẽ là trong thời gian ghi danh mở.

Nghỉ hưu

Nếu người tham gia chương trình bảo hiểm nghỉ hưu, người tham gia có thể tiếp tục bảo hiểm theo chương trình như một người nghỉ hưu, với điều kiện người nghỉ hưu duy trì tư cách thành viên trong SEIU Local 503 và đóng các khoản thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng bắt buộc.

Điều kiện Tồn tại Từ trước

Bất kỳ vấn đề pháp lý nào xảy ra hoặc được bắt đầu trước ngày có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm sẽ được coi là bị loại trừ và không có bảo hiểm nào được áp dụng. ARAG® định nghĩa "được khởi xướng" là ngày mà thông báo bằng văn bản về tranh chấp pháp lý được gửi hoặc được nộp bởi quý vị hoặc quý vị nhận được; hoặc một giấy phạt hoặc giấy gọi hầu toà được ban hành; hoặc một luật sư được thuê. Nếu vấn đề của quý vị được coi là có từ trước, miễn là nó không được liệt kê trong phần "Loại trừ" trong chương trình, và miễn là quý vị chưa thuê luật sư, quý vị có thể nhận được lời khuyên của luật sư trong mạng lưới theo phúc lợi của Dịch vụ Điện thoại Truy cập Pháp lý cũng như nhận được các Dịch vụ Pháp lý với Phí luật sư được giảm bớt ít nhất 25% so với mức phí tính theo giờ bình thường của Luật sư trong Mạng.

Các Loại trừ

Hầu hết các vấn đề pháp lý liên quan đến cá nhân và người tiêu dùng đều được bao trả bởi chương trình bảo hiểm pháp lý. UltimateAdvisor không cung cấp các phúc lợi cho các mục được liệt kê sau đây. Bất kỳ vấn đề pháp lý nào xảy ra hoặc được khởi xướng trước ngày có hiệu lực của hợp đồng sẽ được coi là bị loại trừ và sẽ không có phúc lợi nào được áp dụng.

1. Các vấn đề chống lại ARAG, chủ hợp đồng bảo hiểm (SEIU Local 503) hoặc người được bảo hiểm chống lại quyền lợi của người được bảo hiểm có tên trong cùng một Giấy Chứng nhận.
2. Dịch vụ pháp lý phát sinh từ lợi ích kinh doanh, lợi ích đầu tư, các vấn đề về việc làm, quyền lợi của nhân viên, vai trò của quý vị với tư cách là viên chức hoặc giám đốc của một tổ chức và bằng sáng chế hoặc bản quyền.
3. Dịch vụ pháp lý trong các vụ kiện tập thể, các vấn đề hậu phán quyết, tiền bồi thường vì bị trừng phạt, sơ suất nghề nghiệp, kháng cáo, tòa án xử vụ kiện nhỏ hoặc tòa án tương đương ở tiểu bang của quý vị.
4. Các dịch vụ pháp lý được ARAG coi là phù phiếm hoặc thiếu cơ sở, hoặc trong các đơn kiện mà quý vị là nguyên đơn và số tiền mà ARAG thanh toán cho các dịch vụ pháp lý của quý vị vượt quá số tiền tranh chấp hoặc trong niềm tin hợp lý của ARAG, quý vị không theo đuổi để tìm giải pháp cho vụ kiện của quý vị một cách chủ động và hợp lý.

Đây là bản tóm tắt các điều khoản của chương trình bảo hiểm liên quan đến hợp đồng do ARAG® cấp cho SEIU Local 503. Trong trường hợp có xung đột giữa bản tóm tắt này và hợp đồng hoặc chứng chỉ, hợp đồng và / hoặc chứng chỉ sẽ quy định các điều khoản bảo hiểm, các loại trừ, tất cả các giới hạn và điều khoản bảo hiểm. Chương trình có thể được sửa đổi theo thời gian hoặc chấm dứt toàn bộ vào bất kỳ lúc nào bởi SEIU Local 503.

[1] Chi phí trung bình mà nhân viên không có bảo hiểm pháp lý phải trả dựa trên số giờ tư vấn trung bình cho các khiếu nại ARAG phát sinh trong năm 2017 hoặc 2018 và phải trả muộn nhất là ngày 31 tháng 12 năm 2019, mỗi giờ nhân với $368. $368 là mức giá trung bình theo giờ đối với một luật sư của Hoa Kỳ có từ 11 đến 15 năm kinh nghiệm, theo Survey of Law Firm Economics: Ấn bản 2018, National Law Journal and ALM Legal Intelligence, tháng 10 năm 2018.

[2] Bảo hiểm chống trộm cắp danh tính được American Bankers Insurance Company of Florida, một công ty Assurant, bảo hiểm và quản lý. Vui lòng tham khảo các chính sách thực tế để biết các điều khoản, điều kiện và ngoại lệ của bảo hiểm. Bảo hiểm có thể không có ở tất cả khu vực pháp lý. Vui lòng xem tài liệu tóm tắt chương trình để biết thêm chi tiết.

Các Giới hạn và Loại trừ được áp dụng. Tùy thuộc vào các quy định của tiểu bang, chương trình bảo hiểm pháp lý của ARAG có thể được coi là sản phẩm bảo hiểm hoặc sản phẩm dịch vụ. Các sản phẩm bảo hiểm được bảo hiểm bởi Công ty Bảo hiểm ARAG Des Moines, Iowa, Công ty Bảo hiểm Tương tác GuideOne® của West Des Moines, Iowa hoặc Công ty Bảo hiểm Hỗ tương Đặc biệt GuideOne của West Des Moines, Iowa. Các sản phẩm dịch vụ được cung cấp bởi ARAG Services, LLC. Tài liệu này chỉ nhằm mục đích minh họa và không phải là một hợp đồng. Đối với các điều khoản, phúc lợi hoặc loại trừ, hãy gọi 1.800.247.4184.

Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho Membership Advantages tại 1.844.503.SEIU (7348) hoặc truy cập ARAGlegal.com/plans, mã truy cập10540sei.

LOCAL 503 SEIU Stronger Together

Legal Insurance Enrollment Form

Important notice: This form replaces all other enrollment forms on file and must be signed and dated to be valid.

Section 1 Member Information

This enrollment is for: ❍New Member ❍Open Enrollment ❍Cancel ❍Enrollment Change – *Please indicate the reason for change:*

❍Marriage ❍Death ❍Divorce ❍Other _____ Date of change _____

Name	Date of Birth	Gender ❍M ❍F ❍Non-binary	E-mail
Social Security Number	Agency Employed		Home/Cell Phone
Mailing Address	City/State	Zip	Work Phone

Marital Status ❍Single ❍Married ❍Domestic Partnership (per Certificate of Registered Domestic Partnership)
❍Widowed ❍Divorced ❍Domestic Partner (per Affidavit of Domestic Partnership)
If enrolling a domestic partner attach a completed SEIU Local 503 Affidavit of Domestic Partnership form.

Section 2 Coverage Requested *(check one - if selecting family coverage please complete Section 3)*

❍Individual ($16.29 per month) ❍Family ($21.49 per month)

Section 3 Family Plan Designation *(please list family members to be insured)*

Spouse/Domestic Partner Name

Child(ren) Name	Date of Birth	*Check if Dependent Child with a Disability**
		❑
	Date of Birth	❑
	Date of Birth	❑
	Date of Birth	❑

**See eligibility information on the reverse side of this form for dependent child with a disability who is age 26 and over.*

Section 4 Signature for Enrollment and Authorization for Payroll Deduction/Change

*I hereby apply for benefits under the SEIU Local 503 group insurance plan issued by ARAG Insurance Company. I authorize my employer to deduct from my salary the amount necessary to cover my contribution for the group coverage (if payroll deduction is available).** The amount of insurance and the premium is subject to change as determined by the master policy agreement between SEIU Local 503 and ARAG® Insurance Company. See reverse for termination of coverage information.*

Member Signature **Date**

** Please read the information on the back of this form.

FOR SEIU USE ONLY

MEMBER DATE	CODE	DEDUCTION AMOUNT	AGENCY	EFFECTIVE DATE	Policy # 10540

Please keep a photocopy for your records and mail this original to: **SEIU Local 503 at P.O. Box 12159, Salem, Oregon 97309, email to membershipadvantages@seiu503.org or fax to (503) 581-1664**

Revised for 2021 PY

Bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng khi thực hiện giảm trừ lương. Nếu thực hiện giảm trừ lương vào ngày cuối cùng của tháng, bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Không phải chủ lao động nào cũng áp dụng chương trình giảm trừ lương. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy liên hệ với bộ phận phụ trách về lương hoặc văn phòng SEIU Local 503 Membership Advantages. Nếu chủ lao động không áp dụng chương trình giảm trừ lương, quý vị sẽ phải tự trả phí bảo hiểm.

Tư cách đủ điều kiện hưởng phúc lợi

Thành viên thuộc diện **Thành viên mới** sẽ đủ điều kiện đăng ký trong vòng 90 ngày kể từ ngày tham gia gói thành viên SEIU Local 503 mới. Thành viên đã đăng ký có thể đăng ký cho vợ chồng/bạn đời sống chung và tất cả trẻ phụ thuộc chưa lập gia đình, dưới 26 tuổi của quý vị hoặc của vợ chồng/bạn đời sống chung của quý vị. ***Thành viên mới cũng có thể đăng ký cho trẻ phụ thuộc chưa lập gia đình, bị khuyết tật, từ 26 tuổi trở lên, nếu thành viên đó hoặc vợ chồng/bạn đời sống chung của thành viên đó là người giám hộ trẻ hợp pháp do tòa chỉ định. Giấy tờ của người giám hộ hợp pháp phải được nộp cùng với đơn đăng ký.***

Thành viên đang **Trong thời gian đăng ký** sẽ đủ điều kiện đăng ký trong thời gian đăng ký hàng năm. Thành viên đã đăng ký có thể đăng ký cho vợ chồng/bạn đời sống chung và tất cả trẻ phụ thuộc chưa lập gia đình, dưới 26 tuổi của bạn hoặc của vợ chồng/bạn đời sống chung của bạn.

Thay đổi về đăng ký

Quý vị chỉ có thể thay đổi hoặc hủy bỏ lựa chọn trong thời gian đăng ký hoặc thông qua một sự kiện có tình trạng đủ điều kiện. Quý vị phải thông báo cho văn phòng SEIU Local 503 Membership Advantages trong vòng 31 ngày kể từ ngày có sự kiện đủ điều kiện để có thể thay đổi đăng ký.

Để tiếp tục bảo hiểm cho trẻ phụ thuộc chưa lập gia đình, bị khuyết tật, đủ 26 tuổi, quý vị hoặc vợ chồng/bạn đời sống chung của quý vị phải là người giám hộ trẻ hợp pháp do tòa chỉ định trước khi trẻ đó 26 tuổi. Quý vị phải nộp giấy tờ về quyền giám hộ cho văn phòng SEIU Local 503 Membership Advantages trong không quá 31 ngày sau sinh nhật 26 tuổi của con quý vị.

Chấm dứt bảo hiểm

Bảo hiểm theo chương trình hợp pháp sẽ kết thúc khi người tham gia không thanh toán được phí bảo hiểm bắt buộc hàng tháng và/hoặc không còn là thành viên của SEIU Local 503 nữa.

Nếu nghỉ hưu, người tham gia có thể tiếp tục tham gia bảo hiểm theo chương trình dành cho người về hưu, với điều kiện là người về hưu tiếp tục tham gia SEIU Local 503 và thanh toán phí bảo hiểm bắt buộc hàng tháng.

Thỉnh thoảng, chương trình có thể được SEIU Local 503 sửa đổi hoặc chấm dứt hoàn toàn vào bất kỳ lúc nào.

Các điều kiện có từ trước và Bảo hiểm tiếp tục

Bất kỳ vấn đề pháp lý nào xảy ra hoặc bắt đầu xảy ra trước ngày hợp đồng có hiệu lực sẽ được xem là thuộc diện ngoại trừ và không có phúc lợi nào được áp dụng. ARAG® định nghĩa "ngày bắt đầu xảy ra" là ngày mà bạn gửi/nộp hoặc nhận thông báo bằng văn bản về tranh chấp pháp lý; hoặc ngày phát hành phiếu hoặc bản trích dẫn; hoặc ngày thuê luật sư.

Bất kỳ vấn đề pháp lý nào đã được xác nhận là thuộc diện bảo hiểm sẽ tiếp tục được bảo hiểm theo chương trình cho đến khi vấn đề cụ thể đó được giải quyết xong.

Hãy nhớ rằng, chỉ có hợp đồng bảo hiểm mới có thể đưa ra các điều khoản, khoản bảo hiểm, số tiền, điều kiện và trường hợp ngoại trừ thực tế.

LOCAL 503 SEIU Stronger Together

SEIU Local 503
PO Box 12159
Salem, Oregon 97309-0159

1.844.503.SEIU (7348)

Tính Hội đủ điều kiện mua Bảo hiểm Nhân thọ

Nếu quý vị là thành viên và làm việc ít nhất 40 giờ mỗi tháng, quý vị hội đủ điều kiện để đăng ký tham gia Bảo hiểm Nhân thọ có Thời hạn Tự nguyện.

Người phụ thuộc

Người phối ngẫu của quý vị

Người phối ngẫu hợp pháp của quý vị hội đủ điều kiện đăng ký miễn là quý vị được đăng ký để có bảo hiểm cho chính mình.

Người Bạn đời Sống chung của quý vị

Người Bạn đời Sống chung của quý vị đủ điều kiện đăng ký miễn là quý vị đã đăng ký bảo hiểm cho chính mình và mối quan hệ của quý vị đáp ứng các tiêu chí được tìm thấy trong Bản Tuyên khai Bạn đời Sống chung của SEIU 503 (xem trang 16) hoặc quý vị đã nhận được Giấy Chứng nhận Tư cách Bạn đời Sống chung hợp tác của Tiểu bang Oregon.

Trẻ em phụ thuộc của quý vị

Con của quý vị dưới 26 tuổi đủ điều kiện, miễn là quý vị ghi danh bảo hiểm, các em chưa kết hôn, không phải là một người bạn đời sống chung và đáp ứng bất kỳ tiêu chí nào sau đây:

1. Con ruột , con riêng, con nuôi hoặc con được giao cho quý vị hoặc ngưii phối ngẫu để nhận làm con nuôi; hoặc
2. một đứa trẻ mà quý vị hoặc vợ / chồng của quý vị được tòa án bổ nhiệm làm giám hộ; hoặc là
3. một đứa trẻ mà quý vị hoặc người phối ngẫu của quý vị được yêu cầu cung cấp bảo hiểm bởi một Lệnh Hỗ trợ Y khoa Hợp lệ.

Nếu vợ / chồng / bạn đới sống chung hoặc con của quý vị không thể thực hiện các hoạt động bình thường của cuộc sống hàng ngày của một người trong độ tuổi và giới tính của họ vào ngày bảo hiểm sẽ bắt đầu, bảo hiểm của họ sẽ không bắt đầu cho đến khi người đó có thể.

Bảo hiểm Nhân thọ có Thời hạn của Thành viên

Bảo hiểm nhân thọ có thời hạn tự nguyện của thành viên có sẵn trong các khoản tiền sau đây: **$10,000, $20,000, $30,000, $40,000, $50,000, $60,000, $70,000, $80,000, $90,000, $100,000, $110,000, $120,000, $130,000, $140,000, $150,000, $160,000, $170,000, $180,000, $190,000 hoặc $200,000**.

Thành Viên Mới - Nếu quý vị ghi danh trong vòng 90 ngày sau khi trở thành thành viên SEIU Local 503, quý vị được đảm bảo ghi danh cho các số tiền sau đây: **$10,000, $20,000, $30,000, $40,000, $50,000, $60,000, $70,000, $80,000, $90,000 hoặc $100,000**

Ghi danh Mở - Quý vị được đảo bảm ghi danh cho các số tiền sau đây: **$10,000, $20,000, $30,000, $40,000, $50,000**

Việc ghi danh vào bất kỳ thời điểm nào khác và ghi danh cho tất cả các khoản khác đòi hỏi Bằng chứng về Tính Khả dĩ Bảo hiểm thỏa đáng và sự chấp thuận của Công ty Bảo hiểm LifeMap.

Bảo hiểm Nhân thọ có Thời hạn của người Phối ngẫu / Bạn đời

Bảo hiểm nhân thọ có thời hạn tự nguyện cho người phối ngẫu/bạn đời có sẵn trong các khoản sau: **$10,000, $20,000, $30,000, $40,000, $50,000, $60,000, $70,000, $80,000, $90,000, $100,000, $110,000, $120,000, $130,000, $140,000, $150,000, $160,000, $170,000, $180,000, $190,000 hoặc $200,000**

Thành Viên Mới - Nếu quý vị ghi danh trong vòng 90 ngày sau khi trở thành thành viên SEIU Local 503 và quý vị chọn bảo hiểm cho chính quý vị, người phối ngẫu/bạn đời của quý vị được đảm bảo ghi danh cho các số tiền sau đây: **$10,000, $20,000, $30,000 hoặc $40,000**

Ghi danh Mở rộng - Nếu quý vị chọn bảo hiểm cho chính quý vị, người phối ngẫu/bạn đời của quý vị được đảm bảo ghi danh cho số tiền sau đây: **$10,000 hoặc $20,000**

Việc ghi danh vào bất kỳ thời điểm nào khác và ghi danh cho tất cả các khoản khác đòi hỏi Bằng chứng về Tính Khả dĩ Bảo hiểm thỏa đáng và sự chấp thuận của Công ty Bảo hiểm LifeMap.

Bảo hiểm Nhân thọ có Thời hạn cho Trẻ em

Bảo hiểm nhân thọ có thời hạn tự nguyện của con có sẵn trong các khoản tiền sau đây: **$5,000 hoặc $10,000**

Thành viên mới - Nếu quý vị đăng ký trong vòng 90 ngày kể từ ngày thành viên mới SEIU Local 503 và quý vị chọn bảo hiểm cho chính mình, con của quý vị sẽ hội đủ điều kiện cho các khoản sau: **$5,000** hoặc **$10,000**

Ghi Danh Mở Rộng - Nếu quý vị đã ghi danh, (các) con quý vị sẽ được đảm bảo ghi danh cho các số tiền sau đây: **$5,000** hoặc **$10,000**

Việc ghi danh vào bất kỳ thời điểm nào khác đòi hỏi Bằng chứng về Bảo hiểm thỏa đáng và sự chấp thuận của Công ty Bảo hiểm LifeMap.

Phúc Lợi của Bệnh tật Giai đoạn cuối
Nếu quý vị được bác sĩ chẩn đoán là bị bệnh nan y với tuổi thọ 12 tháng trở xuống, phúc lợi thanh toán được tăng tốc cho bệnh giai đoạn cuối cung cấp 80% số tiền bảo hiểm có hiệu lực hoặc 120.000 đô la, tùy theo mức nào ít hơn, được thanh toán cho người được bảo hiểm.

Bất kỳ phúc lợi nào được trả theo Phúc lợi Bệnh tật Giai đoạn Cuối sẽ làm giảm phúc lợi tử vong của Bảo hiểm Nhân thọ Tự nguyện và có thể phải chịu thuế. Như với tất cả các vấn đề về thuế, quý vị nên tham khảo ý kiến của cố vấn thuế cá nhân để đánh giá tác động của phúc lợi này.

Các Loại trừ
Bảo hiểm Nhân thọ có Thời hạn Tự nguyện sẽ không được trả cho cái chết do tự tử, cố ý tự gây thương tích, hoặc bất kỳ nỗ lực nào để tự làm tổn thương bản thân, trong khi tỉnh táo hoặc điên rồ trong hai năm đầu tiên có bảo hiểm.

Điều chỉnh Phí bảo hiểm theo Độ Tăng tuổi
SEIU Local 503 điều chỉnh số tiền phí bảo hiểm hàng tháng cho quý vị và các khoản bảo hiểm nhân thọ cho người phụ thuộc của quý vị theo năm sinh của quý vị. Việc điều chỉnh diễn ra vào ngày đầu tiên của tháng sau khi tuổi quý vị tăng lên tới khung tuổi tiếp theo.

Miễn trừ Phí Bảo hiểm
Nếu quý vị trở nên khuyết tật hoàn toàn (như được xác định bởi hợp đồng) phí bảo hiểm sẽ được miễn và các phúc lợi Bảo hiểm Nhân thọ Tự nguyện sẽ tiếp tục cho đến khi thành viên đạt đến tuổi 65 miễn là quý vị vẫn bị khuyết tật hoàn toàn.

Đặc quyền Chuyển đổi
Khi quý vị chấm dứt việc làm, bảo hiểm nhân thọ của quý vị sẽ được tiếp tục miễn phí trong 31 ngày. Trong thời gian đó, quý vị có thể chuyển đổi phúc lợi bảo hiểm nhân thọ có thời hạn tự nguyện của quý vị thành một hợp đồng bảo hiểm vĩnh viễn cho cá nhân được bảo đảm. Đơn xin chuyển đổi bảo hiểm nhóm phải được thực hiện trong vòng 31 ngày kể từ ngày thôi việc.

Đặc quyền Mang Bảo hiểm đi
Nếu quý vị chấm dứt làm việc trước 65 tuổi, quý vị có thể chuyển các phúc lợi bảo hiểm nhân thọ có thời hạn tự nguyện. Bảo hiểm nhân thọ của vợ/chồng/bạn đời và trẻ em cũng có thể được chuyển. Quý vị phải nộp đơn trong vòng 31 ngày kể từ ngày chấm dứt việc làm của quý vị. Bảo hiểm được đảm bảo.

Tính Hội đủ điều kiện cho Bảo hiểm Khuyết tật Ngắn hạn

Nếu quý vị là thành viên và làm việc ít nhất 80 giờ mỗi tháng, quý vị hội đủ điều kiện đăng ký xin bảo hiểm khuyết tật ngắn hạn của thành viên.

Khuyết tật Ngắn hạn

Phúc lợi hàng tuần sẽ được trả tối đa 26 tuần cho một khuyết tật được bảo hiểm nếu quý vị không thể làm việc vì thương tật hoặc bệnh tật do tai nạn ngoài công việc gây ra. Quý vị không cần phải nhập viện hoặc bị giới hạn ở nhà để hội đủ điều kiện nhận phúc lợi. Quý vị cần được một bác sĩ xác nhận là không thể làm việc và dưới sự chăm sóc của bác sĩ. ***Quý vị phải tích cực làm việc vào ngày bảo hiểm có hiệu lực để bảo hiểm của quý vị có hiệu lực.***

Phúc lợi Khuyết tật
- Đối với một tai nạn ngoài công việc, bảo hiểm bắt đầu vào ngày thứ 15 của thời gian khuyết tật liên tục và toàn diện. Khuyết tật của quý vị phải được một bác sĩ điều trị được cấp phép hành nghề y khoa xác minh.
- Đối với một bệnh tật ngoài công việc, bảo hiểm bắt đầu vào ngày thứ 15 của thời gian khuyết tật liên tục và toàn diện. Khuyết tật của quý vị phải được một bác sĩ điều trị được cấp phép hành nghề y khoa xác minh.

Định nghĩa của Khuyết tật
Quý vị sẽ được coi là bị Khuyết tật nếu vì chấn thương hoặc bệnh tật quý vị không thể thực hiện tất cả các nhiệm vụ quan trọng của nghề nghiệp thường xuyên của quý vị.

Thành viên mới - Quý vị có thể đăng ký Bảo hiểm bảo hiểm khuyết tật ngắn hạn trong vòng 90 ngày kể từ khi trở thành thành viên mới mà không phải cung cấp bằng chứng về tính có thể được bảo hiểm.

Ghi Danh Mở Rộng - Quý vị có thể đăng ký bảo hiểm khuyết tật ngắn hạn trong thời gian Ghi Danh Mở Rộng hàng năm.

Quý vị có thể đăng ký bảo hiểm khuyết tật ngắn hạn bất cứ lúc nào bằng cách trả lời các câu hỏi về sức khỏe trên mẫu Bằng chứng có thể được Bảo hiểm. Bảo hiểm sẽ được cấp với sự chấp thuận của công ty bảo hiểm. Bảo hiểm có hiệu lực khi công ty bảo hiểm đã phê duyệt bảo hiểm và thanh toán phí bảo hiểm bắt đầu được thanh toán.

Số tiền Phúc lợi Bảo hiểm Khuyết tật Ngắn hạn

LOẠI 1 Nếu thu nhập cơ bản của quý vị là $999 hoặc ít hơn mỗi tháng và quý vị làm việc tối thiểu 80 giờ mỗi tháng. Phúc lợi hàng tuần của quý vị cho bất kỳ tuần nào trong tình trạng khuyết tật của quý vị là $175.

LOẠI 2 Nếu thu nhập cơ bản của quý vị là $1,000 - $2,999 mỗi tháng và quý vị làm việc tối thiểu 80 giờ mỗi tháng. Phúc lợi hàng tuần của quý vị cho bất kỳ tuần nào trong tình trạng khuyết tật của quý vị là $225

LOẠI 3 Nếu thu nhập cơ bản của quý vị là $3,000- $3,999 mỗi tháng và quý vị làm việc tối thiểu là 80 giờ mỗi tháng. Phúc lợi hàng tuần của quý vị cho bất kỳ tuần nào trong tình trạng khuyết tật của quý vị là 66 2/3% mức lương của quý vị, tối đa là $300.

LOẠI 4 Nếu thu nhập cơ bản của quý vị là $ 4,000 hoặc hơn và quý vị làm việc tối thiểu là 80 giờ mỗi tháng. Phúc lợi hàng tuần của quý vị cho bất kỳ tuần nào trong tình trạng khuyết tật của quý vị là 66 2/3% mức lương của quý vị, tối đa là $500.

Các Loại trừ

Các phúc lợi khuyết tật ngắn hạn sẽ không được thanh toán nếu khuyết tật của quý vị có kết quả trực tiếp hoặc gián tiếp từ:

a) thương tích cố ý gây ra trong khi tỉnh táo hoặc điên rồ; hoặc là
b) bất kỳ hành vi hoặc nguy cơ nào của một cuộc chiến tranh được tuyên chiến hoặc không được tuyên chiến; hoặc là
c) tham gia tích cực vào một cuộc bạo động; hoặc là
d) thực hiện một trọng tội; hoặc là
e) một chấn thương hoặc bệnh tật mà quý vị được hưởng phúc lợi từ Luật Bồi thường Lao động hoặc bệnh nghề nghiệp; hoặc là
f) thương tích hoặc bệnh tật liên quan đến công việc.

Các phúc lợi khuyết tật ngắn hạn sẽ không được trả cho một khoảng thời gian khuyết tật khi quý vị không được chăm sóc thích hợp của một bác sĩ được cấp phép để hành nghề trong phạm vi giấy phép của mình.

Giới hạn Điều kiện đã Tồn tại Từ trước

Các phúc lợi khuyết tật ngắn hạn không được trả cho bất kỳ tình trạng khuyết tật nào do tình trạng có từ trước nếu tình trạng khuyết tật bắt đầu trong 12 tháng đầu tiên của bảo hiểm của quý vị. Tình trạng có từ trước là bệnh tật hoặc thương tích mà quý vị nhận được bất kỳ hình thức điều trị nào, kể cả thuốc theo toa, trong vòng 3 tháng trước ngày bảo hiểm khuyết tật ngắn hạn có hiệu lực của quý vị.

Đây là bản tóm tắt các điều khoản của chương trình liên quan đến hợp đồng do LifeMap phát hành cho SEIU Local 503. Trong trường hợp có xung đột giữa bản tóm tắt này và hợp đồng hoặc chứng chỉ, hợp đồng và / hoặc chứng chỉ sẽ quy định các điều khoản bảo hiểm, các loại trừ, tất cả các giới hạn và điều khoản bảo hiểm.

Cách đăng ký

Đăng ký Thành viên Mới

Quý vị phải điền và nộp mẫu đăng ký SEIU Local 503 Bảo hiểm Nhân thọ và Khuyết tật. Nếu quý vị đăng ký bảo hiểm trên số tiền được đảm bảo, quý vị phải hoàn tất và nộp mẫu Bằng chứng có thể được Bảo hiểm. Vui lòng đọc toàn bộ tài liệu để biết các yêu cầu ghi danh. SEIU Local 503 Bộ phận Membership Advantages phải nhận được mẫu đơn đã hoàn tất trong vòng 90 ngày kể từ ngày là thành viên mới của Công đoàn.

Đăng ký Mở

Quý vị phải điền và nộp mẫu đăng ký Bảo hiểm Nhân thọ và Khuyết tật SEIU Local 503. Nếu ghi danh vào bảo hiểm vượt quá khoản được bảo hiểm, quý vị phải hoàn thành và gửi biểu mẫu Bằng chứng bảo hiểm. Vui lòng đọc toàn bộ sách nhỏ này để biết các yêu cầu ghi danh. Bộ phận lợi ích thành viên SEIU Local 503 phải nhận được biểu mẫu đã hoàn hành muộn nhất vào ngày cuối cùng của giai đoạn đăng ký mở.

Thay đổi Ghi danh

Các thay đổi đối với chương trình của quý vị được cho phép với sự kiện trạng thái đủ điều kiện và nếu thay đổi được yêu cầu nhất quán với sự kiện đủ điều kiện và trong vòng 31 ngày kể từ ngày diễn ra sự kiện. Sự kiện trạng thái đủ điều kiện có thể bao gồm:

- Hôn nhân hoặc ly hôn
- Sinh con hoặc nhận con nuôi
- Ví dụ, người con cuối cùng không còn bảo hiểm, khi em đạt đến 26 tuổi hoặc kết hôn.
- Cái chết của vợ / chồng hoặc người phụ thuộc

Phí bảo hiểm hàng tháng của thành viên và người phối ngẫu

(phí bảo hiểm vợ / chồng được tính theo tuổi của thành viên)

Tuổi của thành viên	Mức phí hàng tháng/$10,000 bảo hiểm
Dưới 25 tuổi	$0.81
25-29	$0.76
30-34	$0.88
35-39	$1.18
40-44	$1.73
45-49	$2.68
50-54	$4.25
55-59	$6.65
60-64	$9.34
65-69	$16.63
70-74	$32.99
75 tuổi trở lên	$67.96

Để tính tiền bảo hiểm hàng tháng, hãy dùng công thức dưới đây:

Bước 1 - Phí bảo hiểm của thành viên

[ ] ÷ 10,000 X [ ] = [ ]

Phúc lợi mong muốn | Mức phí (từ bảng bên trên) | Phí bảo hiểm hàng tháng

Bước 2 - Phí bảo hiểm của vợ/chồng

[ ] ÷ 10,000 X [ ] = [ ]

Phúc lợi mong muốn | Mức phí (từ bảng bên trên) | Phí bảo hiểm hàng tháng

Bước 3 - Phí bảo hiểm của trẻ

[ ] [ ] = [ ]

Phúc lợi mong muốn | Mức phí (từ bảng bên trên) | Phí bảo hiểm hàng tháng

Bước 4 - Khuyết tật ngắn hạn

[ ] [ ] = [ ]

Phân loại mong muốn | Mức phí (từ bảng bên trên) | Phí bảo hiểm hàng tháng

Thêm tất cả phí bảo hiểm cho tổng hàng tháng: [ ]

Tổng phí bảo hiểm hàng tháng

Phí bảo hiểm Hàng tháng về Khuyết tật ngắn hạn cho Thành viên

(phân loại dựa trên tổng quỹ tiền lương hàng tháng)

Phân loại Tiền lương	Phúc lợi Hàng tuần	Mức phí hàng tháng
Loại I (mức lương dưới $999 mỗi tháng)	$175	$8.58
Loại 2 (lương $1,000-$2,999 mỗi tháng)	$225	$11.03
Loại 3 (lương $3,000-$3,999	$300	$14.70
Loại 4 (lương $4,000 trở lên)	$500	$24.50

Phí Bảo hiểm Nhân thọ Trẻ em Hàng tháng

(Mức phí áp dụng cho tất cả trẻ đủ điều kiện)

Mức phí cho trẻ em	$5,000	$10,000
Mọi lứa tuổi	$0.80	$1.60

CÁCH TÍNH PHÍ BẢO HIỂM HÀNG THÁNG

Bước 1 - Xác định mức phí bảo hiểm nhân thọ hàng tháng của thành viên

Tìm mức phí chính xác từ bảng Phí bảo hiểm nhân thọ của thành viên và vợ/chồng, mức phí dựa trên độ tuổi của thành viên. Mức phí là cho $10,000 bảo hiểm. *Mức phí nhân đôi theo khoản tiền bảo hiểm được chọn. Ví dụ: thành viên 31 tuổi chọn $50,000 trong bảo hiểm ($50,000 ÷ $10,000 = 5 x .88 = $4.40 hàng tháng)*

Bước 2 - Xác định mức phí bảo hiểm nhân thọ hàng tháng của vợ/chồng

Tìm tỷ lệ chính xác từ bảng Phí bảo hiểm nhân thọ của thành viên và vợ/chồng, tỷ lệ dựa trên độ tuổi của thành viên. Mức phí là cho $10,000 bảo hiểm. Mức phí nhân đôi theo khoản tiền bảo hiểm được chọn. *Ví dụ: thành viên 31 tuổi chọn $40,000 trong bảo hiểm ($40,000 ÷ $10,000 = 4 x .88 = $2.64 hàng tháng)*

Bước 3 - Xác định phí bảo hiểm nhân thọ của trẻ

Tìm tỷ lệ chính xác từ bảng Phí bảo hiểm nhân thọ của trẻ.

Bước 4 - Xác định phí bảo hiểm khuyết tật ngắn hạn của thành viên

Chọn Phúc lợi hàng tuần mong muốn. Phân loại tiền lương xác định phúc lợi tối đa có thể được chọn dựa trên tiền lương hàng tháng (có thể chọn phân loại tiền lương thấp hơn). Mức phí dựa trên hàng tháng trước thu nhập có thuế (tổng quỹ tiền lương).

Bước 5 - Cộng tất cả phí bảo hiểm với nhau. Điều này sẽ xác định tổng phí bảo hiểm hàng tháng.

Để biết thêm thông tin bổ sung hoặc nhận trợ giúp về tính phí bảo hiểm, hãy gọi đến Lợi ích thành viên theo số 1.844.503.SEIU (7348).

Thông tin này là một mô tả ngắn gọn về các tính năng quan trọng của chương trình. Đó không phải là một hợp đồng. Các điều khoản và điều kiện của bảo hiểm Nhân thọ có Thời hạn được quy định trên Số Hợp đồng Nhóm (Group Policy Number) HOẶC 048692. Các điều khoản và điều kiện của bảo hiểm Khuyết tật Ngắn hạn được quy định trên Số Hợp đồng Nhóm HOẶC 048692 Tính khả dụng của đề nghị này có thể thay đổi. Vui lòng giữ tài liệu này làm tài liệu tham khảo và gửi tài liệu này cùng với chứng chỉ của quý vị, nếu quý vị được bảo hiểm.

Chương trình có thể được sửa đổi theo thời gian hoặc chấm dứt toàn bộ vào bất kỳ lúc nào bởi SEIU Local 503.

được cấp bởi
Công ty Bảo hiểm LifeMap

LOCAL 503 SEIU
Stronger Together

Term Life, Disability & Beneficiary Enrollment Form

Important notice: This form replaces all other enrollment forms on file and must be signed and dated to be valid.

Section 1 Member Information

This enrollment is for: ❍ New Member ❍ Open Enrollment ❍ Cancel ❍ Beneficiary Designation Only ❍ Change-Qualifying Event _____ Date of Event _____

Name	Date of Birth	Gender ❍M ❍F	E-mail

Social Security Number	Agency Employed	Home/Cell Phone

Mailing Address	City/State	Zip	Work Phone

Marital Status ❍Single ❍Married ❍Domestic Partnership (per Certificate of Registered Domestic Partnership) ❍Widowed ❍Divorced ❍Domestic Partner (per Affidavit of Domestic Partnership)

If enrolling a domestic partner attach a completed SEIU Local 503 Affidavit of Domestic Partnership form.

How many hours per month do you work in your SEIU Local 503 represented position? _____

☑ **Free $2,500 Member Term Life**

Section 2 Voluntary Term Life Insurance *(you must work at least 40 hours per month to enroll in life insurance)*

Member Voluntary Term Life [1]

(Member term life benefit levels are $10,000, $20,000, $30,000, $40,000, $50,000, $60,000, $70,000, $80,000, $90,000 , $100,000, $110,000, $120,000, $130,000, $140,000, $150,000, $160,000, $170,000, $180,000, $190,000 or $200,000)

❍$10,000, ❍$20,000, ❍$30,000, ❍$40,000, ❍$50,000

❍Other Amount (max. $200,000) $ _____

Child Voluntary Term Life [3]

❍$5,000 or ❍$10,000

Child Name	Date of Birth	Relationship

Spouse/Partner Voluntary Term Life [2, 3]

(Spouse term life benefit levels are $10,000, $20,000, $30,000, $40,000, $50,000, $60,000, $70,000, $80,000, $90,000 , $100,000, $110,000, $120,000, $130,000, $140,000, $150,000, $160,000, $170,000, $180,000, $190,000 or $200,000)

❍$10,000, ❍$20,000, ❍$30,000, ❍$40,000

❍Other Amount (max. $200,000) $ _____

Spouse/Partner Name	Date of Birth	Relationship

[1] *Member Voluntary Term Life-new member (within 90 days of new SEIU membership) guaranteed up to $100,000 - open enrollment guaranteed up to $50,000*

[2] *Spouse Voluntary Term Life-new member (within 90 days of new SEIU membership) guaranteed up to $40,000 - open enrollment guaranteed up to $20,000*

[3] *You must be enrolled in voluntary member term life to apply for spouse/partner or child term life.*

Section 3 Voluntary Short Term Disability Insurance *(you must work at least 80 hours per month to enroll in short term disability insurance)*

Short Term Disability Insurance: $ _____ *(current monthly salary)*

Monthly Salary: ❍Class 1 *up to $999* ❍Class 2 *$1,000-$2,999* ❍Class 3 *$3,000-$3,999* ❍Class 4 *$4,000 and up*

Section 4 Beneficiary Designation *(attach an additional sheet if more space is required. Additional sheet must be signed and dated to be valid)*

You may choose a beneficiary(s) to receive life benefits. If no beneficiary survives, payment will be made in accordance with the terms of the policy. Unless designated otherwise, beneficiary designations for all life coverage will be the same. For Spouse/Partner and Child Term Life, you are the beneficiary.

	Name of Beneficiary	Social Security #	Date of Birth	Address	Relationship
Primary					
Contingent					

Section 5 Signature for Enrollment , Beneficiary Designation and Authorization for Payroll Deduction

I (we) request to be insured and authorize payroll deductions to cover the cost of coverage (if payroll deduction is available)*. Information in this application is given to obtain insurance, and the statements and answers are represented, to the best of my (our) knowledge and belief, to be true and complete. I (we) understand that (a) the insurance applied for shall not take effect until the application is approved and I will be notified of the insurance Effective Date; and (b) all insurance is subject to the eligibility provisions of the Policy; and (c) I must be Actively at Work (as defined in the Group Policy) to be insured. If I am not Actively at Work on the date my (our) coverage would become effective, my (our) coverage will not begin until the day I return to work.

Signature _____ **Date** _____

Please read the information on the back of this form.

FOR SEIU USE ONLY

MEMBER DATE	CODE A M S C D	DEDUCTION AMOUNT	AGENCY	EFFECTIVE DATE	GWNN

Please keep a photocopy for your records and mail this original to: **SEIU Local 503 at P.O. Box 12159, Salem, Oregon 97309, email to membershipadvantages@seiu503.org or fax to (503) 581-1664**

Revised for 2021 PY

Bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày 1 của tháng được khấu trừ lương. Nếu khoản khấu trừ được thực hiện vào ngày cuối cùng của tháng, bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày 1 của tháng tiếp theo. * Khấu trừ tiền lương có thể không có sẵn thông qua tất cả các nhà tuyển dụng. Liên lạc với bộ phận trả lương của quý vị hoặc văn phòng SEIU Local 503 Membership Advantage nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào. Nếu khấu trừ lương không có sẵn, quý vị sẽ được yêu cầu tự trả phí bảo hiểm của quý vị.

Tính đủ tiêu chuẩn:

Để hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm theo chương trình này, quý vị phải duy trì tư cách thành viên của mình với SEIU Local 503. Quý vị phải làm việc ít nhất 40 giờ mỗi tháng tại địa điểm SEIU Local 503 của quý vị để mua bảo hiểm nhân thọ. Quý vị phải làm việc ít nhất 80 giờ mỗi tháng tại địa điểm SEIU Local 503 của quý vị để mua bảo hiểm khuyết tật ngắn hạn. Quý vị phải được lên lịch làm việc một số giờ tối thiểu và làm việc tích cực để bảo hiểm của quý vị có hiệu lực.

Người phụ thuộc hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm bao gồm vợ / chồng / bạn đời sống chung và tất cả trẻ em phụ thuộc chưa lập gia đình dưới 26 tuổi. Nếu đăng ký một bạn đời sống chung, hãy đính kèm một mẫu Bản Tuyên khai Bạn đời sống chung hoàn chỉnh hoặc chỉ định ở mặt trước của mẫu đơn này rằng quý vị đã nhận được Giấy Chứng nhận đã Đăng ký Bạn đời Sống chung.

Nếu người phụ thuộc không thể thực hiện các hoạt động bình thường của một người trong độ tuổi và giới tính của họ vào ngày bảo hiểm của họ sẽ bắt đầu, bảo hiểm của người này sẽ không bắt đầu cho đến khi người đó có thể làm được.

Ghi danh và Thay đổi Phí Bảo hiểm

Cuộc chọn lựa khi ghi danh chỉ có thể được thay đổi hoặc hủy bỏ trong một thời gian Ghi danh Mở hoặc khi có một sự kiện trạng thái đủ điều kiện. Quý vị phải thông báo cho văn phòng SEIU Local 503 Membership Advantage trong vòng 31 ngày kể từ ngày hội đủ điều kiện để có đủ điều kiện thay đổi việc ghi danh. Số tiền phúc lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm có thể thay đổi được xác định theo mức lương và độ tuổi như được nêu trong tập sách phúc lợi và hợp đồng chính của Công ty Bảo hiểm LifeMap.

Chấm dứt Bảo hiểm

Bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm nhân thọ có thời hạn sẽ kết thúc khi người tham gia không thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng theo yêu cầu, hoặc không đáp ứng các yêu cầu về tính đủ điều kiện và / hoặc không còn là thành viên của SEIU Local 503.

Nếu người tham gia chương trình nghỉ hưu hoặc chấm dứt việc làm, bảo hiểm nhân thọ sẽ được tiếp tục miễn phí trong 31 ngày. Trong thời gian đó, quý vị có thể chuyển đổi Bảo hiểm Nhân thọ có Thời hạn Tự nguyện của mình thành một hợp đồng cá nhân vĩnh viễn được bảo đảm. Đơn xin chuyển đổi phải được thực hiện trong vòng 31 ngày kể từ ngày nghỉ hưu hoặc chấm dứt việc làm. Quý vị có trách nhiệm liên lạc với văn phòng SEIU Local 503 Membership Advantages để yêu cầu đơn xin chuyển đổi.

Nếu người tham gia chương trình chấm dứt việc làm trước tuổi 65 phúc lợi Bảo hiểm Nhân thọ có Thời hạn Tự nguyện có thể được mang theo. Quý vị phải nộp đơn trong vòng 31 ngày kể từ ngày chấm dứt việc làm của quý vị. Quý vị có trách nhiệm liên lạc với văn phòng SEIU Local 503 Membership Advantage để yêu cầu một đơn xin chuyển nhượng.

Các điều khoản về tính hội đủ điều kiện hưởng phúc lợi và điều kiện chấm dứt phúc lợi được nêu chi tiết trong Tập sách Phúc lợi của Công ty LifeMap Assurance. Tập sách này nằm trên trang web SEIU Local 503 tại**seiu503.org** bấm vào Membership Advantages **trang**. Quý vị có thể nhận một bản in của tập sách này bằng cách liên lạc với văn phòng SEIU Local 503 Membership Advantage ở số dưới đây.

Chương trình có thể được sửa đổi theo thời gian hoặc chấm dứt toàn bộ vào bất kỳ lúc nào bởi SEIU Local 503.

LOCAL 503
SEIU
Stronger Together

SEIU Local 503
PO Box 12159
Salem, Oregon 97309-0159

1.844.503.SEIU (7348)

LifeMap™ P.O. Box 1271 MS E8L
Portland, OR 97297-1271

Mail to:
SEIU Local 503
P.O. Box 12159
Salem, OR 97309

LOCAL 503 SEIU Stronger Together

Evidence of Insurability Form

Part I

This box for SEIU use only:

Existing Voluntary Coverage: Member $ _____ Spouse/Domestic Partner (DP) $ _____ Child(ren) $ _____ Verified _____

Applying for:
○ Supplemental Life ○ STD Class _____

Total Amount of Insurance requested (Show existing PLUS any increase)
Member $ _____ Spouse/DP $ _____ Child(ren) $ _____

Member Name | Phone Number

Residence Address Street | City | State | Zip Code

Social Security Number – – | Birthdate Mo Day Yr / / | Gender M F | Place of Birth | Annual Salary $

Name of organization providing insurance: **SEIU Local 503** | Policy Number: **OR 048692** | Occupation | Date of Employment

Spouse / DP Name (if applying for coverage) | Social Security Number – – | Birthdate Mo Day Yr / / | Gender M F | Place of Birth

Information in this application is given to obtain insurance, and the statements and answers are represented, to the best of my (our) knowledge and belief, to be true and complete. I (we) understand that (a) the insurance applied for shall not take effect until the application is approved and I will be notified of the insurance Effective Date; and (b) all insurance is subject to the eligibility provisions of the Policy; and (c) I must be Actively at Work (as defined in the Group Policy) to be insured. If I am not Actively at Work on the date my (our) coverage would become effective, my (our) coverage will not begin until the day I return to work.

To help ensure efficient processing, mail, fax or email the completed form to: LifeMap Assurance Company, P.O. Box 1271, M/S E8L, Portland, OR 97207 or Fax (855) 854-4570 or Email: Billing@LifeMapCo.com

STATE FRAUD WARNING STATEMENTS

For residents of Washington: It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

For your protection California law requires the following statement to appear on this form: The falsity of any statement in the application shall not bar the right to recovery under the policy unless such false statement was made with actual intent to deceive or unless it materially affected either the acceptance of the risk or the hazard assumed by the insurer.

NOTICE OF INFORMATION PRACTICES
Please read and keep a copy for your records.

In the course of properly underwriting and administering your insurance coverage, LifeMap Assurance Company will rely heavily on information provided by you. We may also collect information from others, such as medical professionals who have treated you, hospitals, MIB Inc., and other insurance companies.

Information regarding your insurability will be treated as confidential. LifeMap Assurance Company or its reinsurers may, however, make a brief report to MIB, a not-for-profit membership organization of insurance companies, which operates an information exchange on behalf of its Members. If you apply to another MIB Member company for life or health insurance coverage, or a claim for benefits is submitted to such a company, MIB, upon request, will supply such company with the information in its file.

Upon receipt of a request from you, MIB will arrange disclosure of any information it may have in your file. If you question the accuracy of information in MIB's file, you may contact MIB and seek a correction in accordance with the procedures set forth in the federal Fair Credit Reporting Act. The address of MIB's information office is 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA, 02184-8734 or they can be reached by email at infoline@mib.com.

In certain circumstances, and in compliance with applicable law, we or our reinsurers may also release your personal or privileged information in our/their files, to third parties without your authorization. You have the right to be told about and to see a copy of items of personal information about you which appear in our files, including information contained in investigative consumer reports. You also have the right to seek correction of personal information you believe to be inaccurate.

In compliance with applicable law, we or our reinsurers may also release information in our/their files, including information in an application, to other insurance companies to which you apply for life or health insurance or to which a claim is submitted.

So that there will be no question that the insurance benefits will be payable at the time a claim is made, we urge you to review your application carefully to be sure the answers are correct and complete.

THE ABOVE IS A GENERAL DESCRIPTION OF OUR INFORMATION PRACTICES. IF YOU WOULD LIKE TO RECEIVE A MORE DETAILED EXPLANATION OF THESE PRACTICES, PLEASE SEND YOUR REQUEST TO: LIFEMAP ASSURANCE COMPANY, ATTN: INDIVIDUAL UNDERWRITING, 200 SW MARKET STREET, P.O. Box 1271, M/S E8L, PORTLAND, OR 97207

X _____ _____ **X** _____ _____

Member Signature | **Date Signed** | **Spouse / DP (if applying for coverage)** | **Date Signed**

(Please complete all four pages of this form.)

LifeMap Assurance Company®
P.O. Box 1271, M/S E8L
Portland, OR 97207
(800) 794-5390 | Fax (855) 854-4570
Email: Billing@LifeMapCo.com

LifeMap Evidence of Insurability Form

(Part 2 of the Voluntary Benefits Application)

Section 1: Applicant Information. Please complete using dark ink.

Employee's Name (Last, First MI)				
Social Security Number	Date of Birth	Height: ____Ft.____ In.	Weight: _____ lbs	☐ M ☐ F
Spouse Name (If applying for coverage)				
Social Security Number	Date of Birth	Height: ____Ft.____ In.	Weight: _____ lbs	☐ M ☐ F
Dependent Child Name (If applying for coverage)	Date of Birth	Height: ____Ft.____ In.	Weight: _____ lbs	☐ M ☐ F
Dependent Child Name (If applying for coverage)	Date of Birth	Height: ____Ft.____ In.	Weight: _____ lbs	☐ M ☐ F

If you have additional eligible children, please attach a sheet showing their information.

Section 2: Health Questions

Each Applicant must answer each of the following questions to the best of their knowledge and belief. A legal guardian is required to answer each of the questions for minor children.

	Employee	Spouse	Child(ren)
1. Within the past 2 years have you or your spouse, if applying for coverage, used cigarettes or other tobacco products?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
2. Within the past 5 years has any person applying for coverage been treated for or diagnosed as having Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
3. Within the past 5 years has any person applying for coverage been diagnosed with, received medical care, or taken medication for a disease or disorder of any of the following:			
a. **Cardiac or Cardiovascular** (such as Heart Disease, High Blood Pressure, Atherosclerosis, Coronary Artery Disease, Heart Attack, Chest Pain, Heart Murmur or Palpitations, Cardiomyopathy, Heart Valve Disorder or Heart Failure)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
b. **Circulatory** (such as Stroke, Transient Ischemic Attack (TIA) or High Cholesterol)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
c. **Blood** (such as Anemia, Leukemia, Multiple Myeloma or Thrombocytosis)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
d. **Endocrine** (such as Diabetes, Thyroid, Adrenal or Pituitary Disorder)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
e. **Respiratory** (such as Asthma, COPD, Emphysema or Cystic Fibrosis)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
f. **Kidney, Urinary Tract or Prostate** (such as Proteinuria or PSA Abnormality)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
g. **Gastrointestinal or Liver** (such as Hepatitis, Colitis, Diverticulosis, Crohn's Disease, Pancreatitis, Ulcer or Decreased Liver Function)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
h. **Autoimmune or Connective Tissue** (such as Lupus, Rheumatoid Arthritis, Scleroderma, Multiple Sclerosis or Mixed Connective Tissue Disease)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
i. **Nervous, Mental or Emotional** (such as Anxiety, Depression, Memory Loss, Schizophrenia, Mood Disorder or Attempted Suicide)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

EMPLOYEE'S NAME:

	Employee	Spouse	Child(ren)
j. **Neurological or Central Nervous** (such as Epilepsy, Seizure, Dizziness, Motor Neuron Disease, ALS, Muscular Dystrophy, Cerebral Palsy, Paralysis or Parkinson's Disease)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
k. **Musculoskeletal** (such as Arthritis, Osteoarthritis, Degenerative Disc or Joint Disease, Carpal Tunnel, or Knee, Hip, Shoulder or Other Joint Condition)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
4. Within the past 5 years has any person applying for coverage been diagnosed with, received medical care, or taken medication for any of the following:			
a. **Cancer, Hodgkin's Disease, Lymphoma, Malignant Growth or Tumor?**	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
b. **Epstein Barr, Chronic Fatigue Syndrome or Fibromyalgia?**	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
c. **Alcohol, Drug or Substance Abuse?**	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
5. Has any person applying for coverage been advised or recommended by a physician to have surgery or a test or evaluation which has not yet been performed? (except pregnancy or orthopedic)	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
6. Within the past 5 years has any person applying for coverage had a condition that has lasted for 3 months or more for which care or treatment was recommended or received or for which medication was prescribed by a physician or health care provider?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
7. Is any person applying for coverage disabled or does any person applying for coverage have a condition which prevents or limits activities?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
8. Are you currently pregnant? If yes, anticipated due date (MM/DD/YY): _____	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N
9. During the past 5 years have you been absent from work for more than five consecutive working days because of your own illness or injury (excluding pregnancy)?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

Provide details of all 'YES' answers given to the health questions in Section 2.
If additional space is required, attach a separate signed and dated sheet.

Question Number	Individual	Illness/Reason for Checkup or Physician's Treatment/Consultation	Dates From - To	Full Name & Complete Address of Attending Physician or Other Practitioner

Section 3: Authorization to Disclose Personal Information & Application for Insurance.
I authorize any licensed physician, medical practitioner, hospital, clinic, or other medical or medically related facility, MIB Inc., insurance company or other organization, institution or person that has any records or knowledge of me or my health, gathered during the course and scope of their business, to give the LifeMap Assurance Company or its reinsurers any such information, including information about drug or alcohol use or abuse, mental illness, AIDS virus or other sexually transmitted diseases (with the exception of HIV records), in connection with prior testing for the purpose of obtaining insurance. This authorization is valid for 24 months from the date it is signed. I agree that a photocopy of this authorization shall be as valid as the original. I acknowledge that I have received a copy of the Privacy Notice.

IMPORTANT: Please continue completing form on the following page.

EMPLOYEE'S NAME:

Section 4: Authorization to Disclose Protected Health Information.
I authorize any physician, pharmacy benefit manager, retail pharmacy, clearing house, health plan or insurance company to disclose prescription drug information about me within their possession to Milliman IntelliScript on behalf of LifeMap Assurance Company ("LifeMap"). The purpose of this disclosure is for Milliman to provide the information to LifeMap to evaluate my application for Life, Disability, and/or Critical Illness insurance products.

I understand that this prescription drug information may contain sensitive data, including data related to the treatment of sexually transmitted diseases, HIV/AIDS, mental health and reproduction or contraception (including prenatal care and abortion). I specifically authorize the disclosure of prescription drug information that is related to alcohol or substance abuse and I understand that my alcohol and substance abuse records are protected under Federal law (42 CFR Part 2) and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in 42 CFR Part 2. I also understand that I may cancel this approval at any time, as described below.

I understand and acknowledge the following:

- I may cancel this authorization at any time by sending written notice to LifeMap Assurance Company, Attn: Individual Underwriting, PO Box 1271 M/S E8L, Portland, OR 97207. Cancellation of this authorization will not (1) affect any actions taken by any entity disclosing information before receiving the cancellation notice or (2) be effective with respect to any reliance on the authorization to contest a claim or the policy itself, to the extent permitted by applicable law.
- Completing this authorization is a condition to be eligible for and enrolled in LifeMap Life, Disability and/or Critical Illness insurance products.
- The physicians, pharmacy benefit managers, retail pharmacies, clearinghouses, health plans, and insurance companies identified above will not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on whether you sign this authorization.
- Once any person(s) or entity(ies) discloses my information to an authorized recipient the information could be subject to redisclosure by the recipient and the privacy protections provided by law may no longer apply. Please see LifeMap's Privacy Notice for information on how LifeMap protects the confidentiality of your personal information.
- None of the authorized person(s) and entity(ies) above nor Milliman are responsible for any action taken by an authorized recipient of my protected health information.
- This authorization will expire six (6) months from the date of signature.

THIS FORM IS NOT VALID UNTIL SIGNED AND DATED BY ALL APPLICANTS.

Unless specific state language is provided on Page 4, the following general fraud notice applies: Any person who knowingly provides false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company may be guilty of a crime. Penalties may include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

By signing below, **each** proposed insured(s) agrees to the following:

1) I agree with all the terms, conditions, statements, and representations stated above in Section 1: Applicant Information, Section 2: Health Questions, and,

2) I agree to the authorization in Section 3: Authorization to Disclose Personal Information & Application for Insurance, and Section 4: Authorization to Disclose Protected Health Information.

3) Information in this form is given to obtain insurance, and the statements and answers are represented, to the best of my knowledge and belief, to be true and complete. I understand that the insurance applied for shall not take effect until the application is approved and I will be notified of the insurance Effective Date; and (b) all insurance is subject to the eligibility provisions of the Policy; and I must be Actively at Work (as defined in the Group Policy) to be insured. If I am not Actively at Work on the date my coverage would become effective, my coverage will not begin until the day I return to work.

4) If my answers on this application are incorrect or untrue, LifeMap Assurance Company has the right to deny benefits or rescind my coverage for up to two years from the date coverage becomes effective.

▶ _____ ▶ _____
EMPLOYEE Signature — Date Signed

▶ _____ ▶ _____
SPOUSE Signature (if applying for coverage) — Date Signed

If you are signing this authorization on behalf of another individual, please complete the following and attach documentation demonstrating your authority to act on behalf of the individuals (e.g., Power of Authority, Guardianship, Conservatorship, Etc.)

_____ _____ _____
Name of Personal Representative — Relationship — Phone Number

▶ _____ ▶ _____
PERSONAL REPRESENTATIVE Signature — Date Signed

SEIU LOCAL 503
MEMBERSHIP ADVANTAGES
AFFIDAVIT OF DOMESTIC PARTNERSHIP

SECTION ONE - AFFIRMATION OF DOMESTIC PARTNERSHIP

(1) Are each eighteen (18) years of age or older.

(2) Share a close personal relationship and are responsible for each other's common welfare.

(3) Are each other's sole domestic partner.

(4) Are not married to anyone nor have had another domestic partner within the prior six months.

(5) Are not related by blood closer than would bar marriage in the State of Oregon.

(6) Have jointly shared the same regular and permanent residence for at least six (6) months immediately preceding the date of this affidavit with the intent to continue doing so indefinitely.

(7) Have signed a domestic partner declaration (applicable in jurisdictions, which provides for domestic partner declarations).

(8) Are jointly financially responsible for basic living expenses defined as the cost of food, shelter, and any other expenses of maintaining a household. Domestic partners need not contribute equally or jointly to the cost of these expenses as long as they agree that both are responsible for the cost. If requested I would be able to provide at least three of the following as verification of our joint responsibility.

(a) Joint mortgage or lease.
(b) Designation of the domestic partner as primary beneficiary for a life insurance or a retirement contract.
(c) Designation of the domestic partner as primary beneficiary in the employee's will.
(d) Durable power of attorney for health care or financial management.
(e) Joint ownership of a motor vehicle, a joint checking account, or a joint credit account.
(f) A relationship or cohabitation contract which obligates each of the parties to provide support for the other party.

SECTION TWO - DECLARATION OF MEMBER

(1) I understand that my domestic partner is eligible for enrollment:

(a) Within 90 days of my becoming a new member of SEIU Local 503.
(b) During an open enrollment period.
(c) Within 31 days of meeting the criteria listed in Section One.

(2) I understand that children of my domestic partner are eligible if they meet the requirement for an eligible dependent as defined by LifeMap Assurance Company, and/or ARAG Group.

(3) I understand that this affidavit shall be terminated upon the death of my domestic partner or by a change in circumstance attested to in this Affidavit.

(4) I agree to file a Statement of Termination of Domestic Partnership with the SEIU Local 503 Membership Advantages office within 30 days of any change to circumstances attested to in this Affidavit.

(5) After such termination, I understand that another Affidavit of Domestic Partnership cannot be filed with the SEIU Local 503 Membership Advantages until such time as the conditions of Section One above have been met.

SECTION THREE - DECLARATION OF PARTNERS

(1) We understand that the information contained in the Affidavit relates to eligibility for benefits under the SEIU Local 503 life and/or legal insurance program. Any other use of this information will be subject to disclosure only upon either of our written authorization or as required by law.

(2) We understand that a civil action may be brought against us for any losses, including reasonable attorney fees and court costs, because of willful falsification of information contained in this Affidavit of Domestic Partnership.

(3) We understand that in addition to the eligibility requirements of SEIU Local 503 Membership Advantages program for domestic partner coverage, there are terms and conditions of coverage set forth in the Service Agreement of each insurance plan offered through SEIU Local 503, plans which we agree to be bound.

(4) We understand willful falsification of information contained in this Affidavit will result in termination of enrollment pursuant to this agreement by the SEIU Local 503 Membership Advantages program.

We certify under penalty of perjury under the laws or the State of Oregon, that the foregoing is true and accurate to the best of our knowledge

Signature of Member	Print Name
Signature of Domestic Partner	Print Name
Member SSN	Date

This affidavit of domestic partnership is for SEIU Local 503 life and/or legal insurance enrollment only and must be received by the SEIU Local 503 Membership Advantages office to be valid.

Fax completed enrollment forms and domestic partner affidavit to (503) 581-1664 , mail to SEIU Local 503, PO Box 12159, Salem , OR 97309-0159 or e-mail to membershipadvantages@seiu503.org.

LifeMap Assurance Company®
200 SW Market Street
P.O. Box 1271, M/S E8L
Portland, OR 97207
(800) 794-5390

THÔNG BÁO RIÊNG TƯ

Chúng tôi, tại Công ty Bảo hiểm LifeMap, biết quý vị coi trọng quyền riêng tư của quý vị. Đó là lý do tại sao chúng tôi cam kết bảo mật và bảo mật thông tin cá nhân của quý vị. Bởi vì chúng tôi nỗ lực để nhận được và giữ được niềm tin của quý vị, chúng tôi có các hợp đồng bảo mật lâu dài, đào tạo mạnh mẽ và nhân viên làm việc toàn thời gian dành riêng cho việc bảo vệ quyền riêng tư. Chúng tôi cũng duy trì các biện pháp bảo vệ vật thể, hành chính và kỹ thuật để bảo vệ thông tin cá nhân của quý vị khỏi bị truy cập trái phép. Việc truy cập thông tin của quý vị được giới hạn trong tổ chức của chúng tôi đối với những người phải có thông tin để cung cấp dịch vụ cho quý vị hoặc để thực hiện công việc kinh doanh của chúng tôi. Ngay cả khi quý vị không còn là thành viên của LifeMap nữa, chúng tôi vẫn bảo vệ tính bảo mật của thông tin cá nhân của quý vị như thể quý vị cũng như vậy.

Tiếp thị
Trong khi các công ty khác có thể bán hoặc cho thuê thông tin liên lạc của quý vị, LifeMap không bao giờ bán hoặc cho thuê thông tin cá nhân của quý vị cho các mục đích tiếp thị. Nếu quý vị muốn LifeMap chia sẻ thông tin cá nhân của quý vị với một bên thứ ba không liên kết để bên thứ ba có thể tiếp thị với quý vị, quý vị phải cho chúng tôi sự cho phép rõ ràng của quý vị.

Thông tin Cá nhân của quý vị
Chúng tôi thu thập thông tin cá nhân như tên, thông tin liên hệ, thông tin sức khỏe và thông tin tài chính của quý vị, các nhà cung cấp dịch vụ của quý vị và các công ty bảo hiểm khác cung cấp bảo hiểm cho quý vị. Chúng tôi sẽ không tiết lộ thông tin cá nhân của quý vị trừ khi chúng tôi được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu hoặc quý vị cho phép. Chúng tôi sẽ không tiết lộ thông tin cá nhân của quý vị trừ khi chúng tôi được pháp luật cho phép hoặc theo yêu cầu của luật pháp hoặc quý vị cho phép chúng tôi. Theo sự cho phép hoặc yêu cầu của luật pháp, chúng tôi có thể cung cấp thông tin cá nhân cho các chi nhánh và đại lý, các nhà tái bảo hiểm, các quản trị viên bảo hiểm, các tư vấn gia hoặc cơ quan hoạch định chính sách và chính quyền của chúng tôi. Chúng tôi bắt buộc các thực thể nhận được thông tin này thay cho chúng tôi để bảo vệ thông tin đó giống như cách chúng tôi bảo vệ điều đó.

Truy cập và Chỉnh sửa Thông tin Cá nhân của quý vị
Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin cá nhân của quý vị để xem xét lại sự đầy đủ và chính xác của thông tin đó. Gửi yêu cầu riêng tư của quý vị đến địa chỉ dưới đây theo yêu cầu của quý vị phải bằng văn bản. Vui lòng bao gồm tên, địa chỉ và số hợp đồng của quý vị và thị thực chữ ký của quý vị. Điều này là để bảo vệ quý vị để chúng tôi có thể chứng minh danh tính của quý vị.

Khi luật pháp yêu cầu, chúng tôi sẽ tu chỉnh hoặc sửa đổi thông tin cá nhân mà chúng tôi duy trì. Nếu chúng tôi không đồng ý rằng các hồ sơ không đúng, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bổ sung một tuyên bố bác bỏ vào hồ sơ của quý vị.

Các Thay đổi đối với cách Thực hành của chúng tôi
Chúng tôi có thể thay đổi cách thực hành bảo mật của mình nhằm nỗ lực bảo vệ tốt hơn nữa. Nếu chúng tôi thay đổi cách thực hành bảo mật của chúng tôi một cách đáng kể, chúng tôi sẽ thông báo cho khách hàng hiện tại bằng văn bản.

Hãy Liên lạc với Chúng tôi
Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về chương trình bảo mật của chúng tôi, quý vị có thể liên lạc với chúng tôi theo số (800) 794-5390 hoặc viết thư cho:

Viên chức Bảo mật LifeMap
P.O. Box 1271, Mailstop E12P
Portland, OR 97207

Thông báo Bảo mật của LifeMap CN (Tháng 1, 2018)

Bảo Hiểm Aflac

Bảo hiểm Aflac cho đời sống hàng ngày. Bạn sẽ nhận được các khoản phúc lợi bằng tiền mặt khi bị đau ốm mà có thể không được chương trình bảo hiểm y tế chi trả.

Bảo Hiểm Tai Nạn trợ cấp trực tiếp các khoản tiền mặt cho bạn để giúp bạn chi trả phí tổn xuất túi - cả về y tế lẫn không phải về y tế - liên quan đến việc điều trị trong trường hợp bị tai nạn được bảo hiểm.

BẢO HIỂM	PHÍ BẢO HIỂM
Thành viên	$22,85
Thành viên + Vợ/chồng	$38,76
Thành viên + Con	$51,48
Gia đình	$67,39

Bảo Hiểm Bệnh Hiểm Nghèo trợ cấp các khoản tiền mặt khi người được bảo hiểm bị chẩn đoán mắc bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm. Chương trình này cung cấp phúc lợi trọn gói để trợ giúp chi phí y tế xuất túi và phí tổn sinh hoạt đi kèm với tình trạng bệnh hiểm nghèo.

THÀNH VIÊN	PHÚC LỢI $15.000	VỢ/CHỒNG	PHÚC LỢI $7.500
TUỔI	PHÍ BẢO HIỂM	TUỔI	PHÍ BẢO HIỂM
18-29	$9,24	18-29	$5,38
30 - 39	$14,38	30 - 39	$7,95
40 - 49	$29,24	40 - 49	$15,38
50 - 59	$52,95	50 - 59	$27,23
60 tuổi trở lên	$96,59	60 tuổi trở lên	$49,05

(Số tiền ở trên dành cho mức trợ cấp tối đa được cung cấp, vui lòng liên hệ với chúng tôi để biết các mức trợ cấp bổ sung và số tiền trợ cấp tương ứng. Số tiền trợ cấp cho trẻ phụ thuộc chiếm 50% trợ cấp của người được bảo hiểm chính, không có chi phí bổ sung.)

Đăng ký và tiêu chuẩn đủ điều kiện Bạn có thể mua gói bảo hiểm trong vòng 90 ngày kể từ khi trở thành thành viên mới hoặc trong giai đoạn đăng ký mở hàng năm. Bạn phải đang tích cực làm việc vào ngày đăng ký và ngày có hiệu lực. Bạn phải làm việc tối thiểu 64 giờ/tháng ở vị trí công việc mà SEIU Local 503 đại diện. Bảo hiểm dành cho thành viên trong độ tuổi từ 18-61. Thành viên tạm thời và mùa vụ sẽ không đủ điều kiện được bảo hiểm. Vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung đã đăng ký và con dưới 26 tuổi của bạn sẽ đủ điều kiện hưởng bảo hiểm, nhưng chỉ với điều kiện bạn đã đăng ký. Để biết thông tin về cách đăng ký, hãy liên hệ với Membership Advantages qua email theo địa chỉ membershipadvantages@seiu503.org hoặc gọi số 1.844.503.SEIU (7348).

Khoản Khấu Trừ và Những Phúc Lợi Khác

SEIUMB Là thành viên của SEIU Local 503, bạn có quyền tiếp cận Chương trình trợ cấp quốc tế **của chúng tôi**

- **MIỄN PHÍ học Đại Học** - Bạn và thành viên gia đình có thể lấy được Bằng Liên Kết mà không mất chi phí xuất túi thông qua chương trình học đại học trực tuyến hợp tác với Trường Cao Đẳng Cộng Đồng Eastern Gateway.

- **Chương Trình Xóa Nợ dành cho Sinh Viên** - Hỗ trợ xóa các khoản vay dành cho sinh viên . SEIU và Savi giúp bạn dễ dàng quản lý quá trình này. Thông qua Chương Trình Xóa Nợ dành cho Sinh Viên của SEIU do Savi hỗ trợ, bạn sẽ dễ dàng biết được mình đủ điều kiện tham gia chương trình xóa nợ hoặc trả nợ nào dành cho sinh viên của liên bang.

- **Học Đại Học với Chi Phí Thấp** - SEIUMB và Đại Học Southern New Hampshire đã hợp tác phát triển chương trình College for America. Lấy bằng BA hoặc AA với $3.000 mỗi năm. College for America áp dụng tính năng học tập thực hành, không phải các lớp học hay bài kiểm tra. Bạn tạo lịch biểu của riêng mình và nỗ lực hoàn thành các dự án mà không có ngày đến hạn cố định trong học kỳ kéo dài 16 tuần.

- **Chiết khấu** - Bạn có thể được hưởng các khoản chiết khấu độc quyền khi thuê xe, mua sắm, AT&T, v.v.

- **Chương Trình Cấp Vốn Mua Nhà** - SEIUMB và Amalgamated Bank đã hợp tác để mang đến Chương Trình Cấp Vốn Mua Nhà SEIU cho các thành viên của SEIU, với lãi suất cạnh tranh và các khoản chiết khấu độc quyền cho các giải pháp Vay Thế Chấp và Tái Cấp Vốn—bao gồm cả một Chương Trình đặc biệt dành cho Người Mua Nhà Lần Đầu.

- Cùng nhiều **phúc lợi khác**!

Để biết thông tin về cách nhận những phúc lợi hấp dẫn này, hãy liên hệ với Membership Advantages qua email theo địa chỉ membershipadvantages@seiu503.org hoặc gọi số 1.844.503.SEIU (7348).

Chương Trình Học Bổng SEIU Local 503 cung cấp 2 loại học bổng 1 năm dành cho các thành viên đang hoạt động, vợ/chồng, bạn đời sống chung, con và cháu của họ. Bạn phải là thành viên tích cực trong 1 năm thì mới đủ điều kiện đăng ký. Hãy truy cập vào **oregonstudentaid.gov** để đăng ký chương trình học bổng của SEIU Local 503.

Khoản chiết khấu và các phúc lợi khác

Bảo Hiểm Ô Tô & Nhà Các thành viên có thể bảo vệ xe và nhà của họ bằng các mức phí bảo hiểm và chiết khấu đặc biệt. Để nhận được báo giá bảo hiểm dành cho chủ nhà hoặc chủ xe, hãy gọi số 1.855.734.8503.

Bảo Hiểm Thú Cưng Giúp thú cưng của bạn được chăm sóc tốt nhất có thể bằng cách mua bảo hiểm dành cho thú cưng với mức giá chiết khấu. Để biết thông tin về bảo hiểm thú cưng, hãy liên hệ với Membership Advantages qua email theo địa chỉ membershipadvantages@seiu503.org hoặc gọi số 1.844.503.SEIU (7348).

Chiến Lược Hưu Trí và Giáo Dục Những thách thức về tài chính có thể khiến bạn khó đạt được mục tiêu. Kế hoạch hưu trí sẽ giúp bạn hiểu cách dùng tiền cũng như tìm sản phẩm và dịch vụ phù hợp nhất với nhu cầu hưu trí của mình. Các thành viên của Local 503 được cung cấp khoản trợ cấp miễn phí, tham dự các lớp học tài chính nghĩa vụ và buổi đánh giá tài chính. *Dịch Vụ Chứng Khoán và Tư Vấn Đầu Tư được cung cấp thông qua Transamerica Financial Advisers, Inc. (TFA) Member FINRA, SPIC và Registered Investment Advisor. TFA97880-0918.* Khoản trợ cấp miễn phí, lớp học tài chính nghĩa vụ và buổi đánh giá tài chính. Hãy liên hệ với Jason Hamilton theo số 1.503.684.4010, số máy lẻ 385.

Chương Trình Thuốc Kê Đơn của Oregon Các thành viên có quyền tham gia **Chương Trình Thuốc Kê Đơn của Oregon (OPDP)** thông qua tiểu bang Oregon. Các thành viên không có bảo hiểm y tế hoặc có bảo hiểm nhưng có thể sử dụng phương thức hỗ trợ chi trả thuốc kê đơn có thể tận dụng các mức giá chiết khấu được cung cấp qua chương trình OPDP. Để yêu cầu thẻ chiết khấu cho thuốc kê đơn, hãy truy cập vào **oregon.gov/oha/hpa/csi-opdp**.

Great Wolf Lodge Các thành viên sẽ được chiết khấu tối đa 30% cho các mức bảo hiểm tốt nhất dành cho họ. Truy cập vào **greatwolf.com** hoặc gọi số 1.866.925.WOLF (9653). Sử dụng mã công ty: SEIU503 để được chiết khấu. Bạn phải trình bằng chứng cho thấy mình là thành viên của SEIU Local 503 khi đăng ký tham gia để đủ điều kiện chiết khấu.

Motivano SmartSavings/BenefitHub Các thành viên có thể được hưởng các khoản chiết khấu trực tiếp. Các khoản chiết khấu bao gồm du lịch, thuê xe, phòng nhỏ, công viên chủ đề, nhà hàng, v.v. Truy cập vào **smartsavings.motivano.com**. Tạo tên người dùng và mật khẩu của riêng bạn bằng cách nhập tên người dùng: seiulocal503 và mật khẩu: Marketplace1 (tên người dùng và mật khẩu có phân biệt chữ hoa chữ thường và có khoảng trống).

Nguồn Trợ Giúp Hướng Dẫn Mua Nhà **Resident Lending Group** chuyên về việc hướng dẫn người mua nhà trong quá trình mua nhà. Tập đoàn này cung cấp dịch vụ vay thế chấp truyền thống, đặc biệt và "đột phá". Hãy truy cập Liên Kết Hướng Dẫn & Nguồn Trợ Giúp cho Thành Viên SEIU bằng cách truy cập vào **residentlendinggroup.com** hoặc gọi số 1.503.589.1999.

Nha Khoa Bright Now! Các thành viên và gia đình họ đủ điều kiện được giảm giá các dịch vụ nha khoa khi ghé thăm các vị trí của chương trình **Nha Khoa** Bright Now!. Thành viên không có bảo hiểm nha khoa có thể tiết kiệm tới 35% chi phí trung bình đối với hầu hết các thủ thuật nha khoa. Thành viên có bảo hiểm nha khoa có thể tăng tối đa các phúc lợi nha khoa hiện tại khi ghé thăm các văn phòng của **Nha Khoa** Bright Now!. Để biết danh sách các địa điểm tham gia, hãy truy cập vào **brightnow.com** hoặc gửi email đến địa chỉ Bethany.Sherer@smilebrands.com.

Nha Khoa Sunrise Các thành viên không có bảo hiểm nha khoa có thể nhận các khoản chiết khấu cho dịch vụ nha khoa thông qua các địa điểm của nha khoa **Sunrise**. Các thành viên có bảo hiểm nha khoa sẽ nhận được khoản tín dụng dành cho bệnh nhân mới. Để biết danh sách các địa điểm tham gia, hãy truy cập vào **sunrisedental.com**.

Northwest Community Credit Union Các thành viên sẽ nhận được ưu đãi đặc biệt khi mở tài khoản mới thông qua **Northwest Community Credit Union**. Hãy ghé thăm một chi nhánh của Northwest Community Credit Union tại địa phương hoặc gọi 1.800.452.9515 để tham gia chương trình Perfect Partnerships. Khi tham gia, hãy cho biết bạn là thành viên của SEIU Local 503.

Sổ Tay Lợi Ích Dành Cho Thành Viên này là bản tóm tắt và không mô tả đầy đủ các lựa chọn phúc lợi dành cho bạn. Để biết thêm thông tin, hãy liên hệ với văn phòng Membership Advantages của SEIU qua email theo địa chỉ membershipadvantes@seiu503.org hoặc gọi số 1.844.503.SEIU (7348) hoặc tham khảo bằng chứng bảo hiểm/chính sách chương trình của bạn. Nếu có sự khác biệt giữa cuốn sổ tay này và bằng chứng bảo hiểm hoặc chính sách chương trình, thì bằng chứng bảo hiểm hoặc chính sách chương trình sẽ được ưu tiên áp dụng.

SEIU Địa phương 503

1.844.503.SEIU (7348)

Trụ sở chính tại Salem

1730 Commercial St. SE, Salem, OR 97302

Văn phòng Bend

925 SE Second Street, Suite C, Bend, OR 97702

Văn phòng Eugene

488 E 11th Avenue, Suite 100, Eugene, OR 97401

Văn phòng Medford

1257 North Riverside Suite #7, Medford, OR 97501

Văn phòng Pendleton

920 SW Frazer Ave., Pendleton, OR 97801

Văn phòng Portland

6401 SE Foster Road, Portland, OR 97206
525 Oregon Street, Portland, OR 97232

2021