

2022 Non-Union Craft Insurance Enrollment Form

Formulario de inscripción al seguro 2022 trabajadores de obra no sindicalizados

* Complete and return with new hire paperwork *

* Llene y devuelva con la documentación de empleado de nuevo ingreso *



Changes can be made within **30 days** from date of hire by contacting the HR Service Center: **1-800-780-0642** or **askHR@mortenson.com**

Los cambios se pueden hacer dentro de los **30 días** siguientes a la fecha de contratación; para ello, comuníquese con Centro de Servicio de Recursos Humanos: **1-800-780-0642** o envíe un mensaje por correo electrónico a **askHR@mortenson.com**

PLEASE PRINT CLEARLY/ FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE CLARA

First Name / Nombre: _____ Last Name / Apellido: _____

SSN / Número del Seguro Social: _____

Phone Number / Teléfono: _____ Cell Phone / Numero De Celular: _____

Email / Correo electronico: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____ Date of Hire / Fecha de Contratación: _____

Team Members must call **800-780-0642** to certify Domestic Partner Coverage and provide documentation.

Spouse – is the person to whom you are legally married. Individuals in registered domestic partnerships, civil unions and common law marriages are not considered spouses under the plan.

Domestic Partner – shares your permanent residence for 1 year or longer, over 18 years old, financially interdependent with you, and not a blood relative any closer than would prohibit legal marriage. Domestic Partnerships must be verified with the HR Service Center.

Children – any son, daughter, stepchild, eligible foster child, or adopted child of the team member who is 25 years or younger for at least a portion of the calendar year. Children 26 or older with a verified mental or physical disability are eligible to be covered if they are unmarried and primarily supported by a team member. Disabled dependents 26 or older must be verified with the HR Service Center.

*Miembros del equipo deben llamar al **800-780-0642** para certificar la cobertura de Pareja de Hecho y presentar documentación.*

Cónyuge – es la persona con quién está usted legalmente casado. Las personas que viven en sociedades domésticas registradas, uniones civiles y matrimonios de derecho común no se consideran cónyuges en el plan.

Pareja de hecho – debe haber compartido su residencia permanente durante 1 año o más tiempo, ser mayor de 18 años, interdependiente financieramente con usted y no un pariente consanguíneo más cercano de lo que sería prohibitivo para un matrimonio legal. Las parejas de hecho deben verificado con el Centro de Servicio de Recursos Humanos.

Hijos – acualquier hijo, hija, hijastro, hijo en cuidados tutelares elegible, o hijo adoptado del miembro del equipo de hasta 25 años de edad durante por lo menos una parte del año calendario. Los hijos mayores de 26 años con una discapacidad física o mental verificada son elegibles para recibir cobertura si no son casados y el miembro del equipo es su principal sostén económico. Los dependientes discapacitados mayores de 26 años deben verificado con el Centro de Servicio de Recursos Humanos.

Craft workers assigned to Davis-Bacon projects may experience a reduction in hourly wage rates upon commencement of benefit coverage. Project supervisors will provide specific information regarding the cost of such benefits before enrollment.

Los trabajadores de obra asignados a los proyectos de Davis-Bacon pueden experimentar una reducción en las tarifas de su salario por hora cuando comienza la cobertura del beneficio. Los supervisores de los proyectos proporcionarán información específica acerca del costo de dichos beneficios antes de la inscripción.

Coverage Options <i>Opciones de cobertura</i>	Medical Selection and Weekly Rate <small>(includes Pharmacy, Vision and Short-term Disability)</small>	Dental Selection and Weekly Rate
	<i>Selección médica y tarifa semanal</i> <small>(incluye Farmacia, Visión y Discapacidad a corto plazo)</small>	<i>Selección dental y tarifa semanal</i>
Single (Team Member Only) <i>Individual (sólo miembro del equipo)</i>	<input type="checkbox"/> \$24.61	<input type="checkbox"/> \$2.77
Single + Spouse (Legally Married) <i>Individual + Cónyuge (Legalmente Casados)</i>	<input type="checkbox"/> \$62.92	<input type="checkbox"/> \$4.85
Single + Child(ren) <i>Individual + Hijo(s)</i>	<input type="checkbox"/> \$56.45	<input type="checkbox"/> \$5.08
Family <i>Familia</i>	<input type="checkbox"/> \$91.30	<input type="checkbox"/> \$8.08
Single + Domestic Partner † <i>Individual + Pareja de Hecho †</i>	<input type="checkbox"/> \$62.92	<input type="checkbox"/> \$4.85
Single w/Child(ren) + Domestic Partner † <i>Individual con Hijo(s) + Pareja de Hecho †</i>	<input type="checkbox"/> \$91.30	<input type="checkbox"/> \$8.08
Single + Domestic Partner w/Child(ren) † <i>Individual + Pareja de Hecho con Hijo(s) †</i>	<input type="checkbox"/> \$91.30	<input type="checkbox"/> \$8.08
Waive Coverage <i>Renuncia a la Cobertura</i>	<input type="checkbox"/> No Coverage / <i>Sin Cobertura</i>	<input type="checkbox"/> No Coverage / <i>Sin Cobertura</i>

† Team members are responsible to pay income taxes on the value of the domestic partner benefit. Please consult a tax advisor if you have any questions about the tax treatment of your domestic partner benefits.

† Los miembros del equipo son responsables del pago del impuesto a la renta sobre el valor del beneficio de la pareja de hecho. Consulte a un asesor fiscal si tiene alguna pregunta sobre el tratamiento fiscal de los beneficios de su pareja de hecho.

Dependent Information (Please list out the dependents you are covering on Medical and/or Dental Insurance) <i>Información de dependientes (indique los dependientes que está cubriendo con el seguro médico y/o dental)</i>					
Dependent First Name <i>Nombre del dependiente</i>	Dependent Last Name <i>Dependiente Apellido</i>	Dependent Date of Birth <i>Dependiente Fecha de Nacimiento</i>	Gender <i>Sexo</i>	Social Security # (REQUIRED) <i>Número del Seguro Social (OBLIGATORIO)</i>	Relationship <i>Parentesco</i>
<i>John</i>	<i>Smith</i>	<i>01/01/1985</i>	<i>M</i>	<i>123 45 6789</i>	<i>son</i>

Non-Union Craft Team Member Life Insurance Coverage

Cobertura de seguro de vida, miembros del equipo no sindicalizados que son trabajadores de obra

* Complete and return with new hire paperwork *

* Llene y devuelva con la documentación de empleado de nuevo ingreso *



Basic Life Insurance

All non-union craft team members receive \$5,000 in life insurance. If you enroll in medical, this increases to \$25,000.

Please provide the name(s) of the person(s) you would like paid your life insurance death benefit.

Seguro de Vida Básico

odos los miembros del equipo que son trabajadores de obra recibirán un seguro de vida de \$5,000. Si se inscribe en el plan médico, la suma asegurada aumenta a \$25,000.

Proporcione los nombres de las personas a las que desea que se pague es beneficio por muerte de su seguro de vida.

Primary Beneficiary(ies) (REQUIRED) Percentage of benefit must equal 100% Do not use decimals like 33.3%. Only whole numbers
Beneficiario(s) primario(s) (OBLIGATORIO) La suma de los porcentajes del beneficio debe ser igual a 100%. Sólo números enteros

Beneficiary Name Nombre del Beneficiario	Phone Number Teléfono	Social Security # Número del Seguro Social	% of Benefit % de Beneficio	Relationship Parentesco
1.				
2.				
3.				
			Total = 100%	

If the primary beneficiary(ies) you listed above die(s) before you, payment will be made to the secondary beneficiary(ies) listed below, if any.

Si el o los beneficiarios primarios antes mencionados mueren antes que usted, el pago se hará al o los beneficiarios que se indican a continuación, si los hubiere.

Secondary Beneficiary(ies) OPTIONAL Percentage of benefit must equal 100% Do not use decimals like 33.3%. Only whole numbers
Beneficiario(s) secundario(s) OPCIONAL La suma de los porcentajes del beneficio debe ser igual a 100%. Sólo números enteros

Beneficiary Name Nombre del Beneficiario	Phone Number Teléfono	Social Security # Número del Seguro Social	% of Benefit % de Beneficio	Relationship Parentesco
1.				
2.				
3.				
			Total = 100%	

You can change beneficiary(ies) at any time.

Puede cambiar el o los beneficiarios en cualquier momento.

If coverage is elected, I understand that a portion of the monthly premium is my responsibility. I authorize my employer to deduct from my pay any contributions to the cost of this coverage.

Si selecciono la cobertura, entiendo que una parte de la prima mensual es mi responsabilidad. Autorizo a mi empleador a deducir de mi sueldo las contribuciones al costo de esta cobertura, si las hubiere.

Name / Nombre: _____

Signature / Firma: _____ Date / Fecha: _____