LOCAL 503
SEIU
Stronger Together

МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 503 МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОФСОЮЗА РАБОТНИКОВ СФЕРЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ

ЛЬГОТЫ ДЛЯ ЧЛЕНОВ ПРОФСОЮЗА НА 2019 ГОД

Справочник льгот для членов профсоюза

ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ!

Вступая в ряды членов местного отделения 503 профсоюза SEIU и сохраняя свое членство в нем, вы получаете доступ к перечисленным ниже льготам. Подробности доступны на страницах этой брошюры.

- **Полис страхования жизни на сумму 2 500 долларов,** оплачиваемый за счет местного отделения 503 профсоюза SEIU. Полис страхования продолжает действовать при условии сохранения вами действительного членства. Вы можете обозначить получателя страховой выплаты, заполнив бланк документа «Регистрация и назначение получателя страховой выплаты», прилагаемый на странице 10 настоящей брошюры.
- **Дополнительное страхование жизни** можно приобрести в течение первых 90 дней с момента вступления в ряды членов профсоюза или во время периода открытой регистрации. Страховое покрытие, приобретаемое за рамками обозначенного периода, требует проведения процесса оценки состояния здоровья заявителя и принятия рисков на медицинское страхование. Подробности перечислены на страницах с 6 по 9 настоящей брошюры, а бланк регистрации прилагается на 10 странице.
- **Страхование на случай кратковременной нетрудоспособности** гарантируется при условии его приобретения в течение первых 90 дней с момента оформления нового профсоюзного членства. Страховое покрытие, приобретаемое за рамками обозначенного периода, требует одобрения в рамках проведения процесса оценки состояния здоровья заявителя и принятия рисков на медицинское страхование. Подробности перечислены на страницах с 7 по 9 настоящей брошюры, а бланк регистрации прилагается на 10 странице.
- **Страхование юридической защиты** – приобретение страхования предлагается в течение первых 90 дней с момента вступления в ряды членов профсоюза или во время периода открытой регистрации. Подробности о порядке регистрации и критерии правомочности перечислены на страницах с 1 по 3, а бланк регистрации прилагается на 4 странице.

  Бланки регистрации на страхование жизни, на случай кратковременной нетрудоспособности и юридической защиты должны быть поданы новыми членами профсоюза в Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот в течение первых 90 дней с момента вступления в ряды членов профсоюза.
- **Стипендии** предлагаются членам профсоюза, их супругам/партнерам, детям и внукам. Стипендии выдаются на основании финансовой потребности и академических способностей. До того, как подать заявление о выдаче стипендии, вы должны быть членом профсоюза как минимум один год. Заявления принимаются с середины ноября по февраль для получения стипендий на предстоящий учебный год.

Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот

503.576.4440
1.844.503.SEIU (7348)

Эл. почта: membershipadvantages@seiu503.org

Еще раз добро пожаловать в наш профсоюз!

Льготы для членов профсоюза

Содержание

Страхование юридической защиты

Информация о плане страхования UltimateAdvisor® 1

Бланк регистрации на получение страхования юридической защиты 4

Бланк аффидевита гражданского супруга(и)..... 16

Страхование жизни и страхование по нетрудоспособности

Информация о страховании жизни *6*

Информация о страховании на случай кратковременной нетрудоспособности..... *7*

График уплаты ежемесячных страховых взносов ... 9

Бланк регистрации и назначения получателя страховой выплаты 10

Бланк подтверждения приемлемости к страхованию 12

Бланк аффидевита гражданского супруга(и)..... 16

Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации..... 18

Дополнительные льготы

Скидки, предусмотренные для членов профсоюза..... 19

Справочник на внутренней стороне задней обложки

Настоящий справочник льгот для членов профсоюза является краткой сводкой и не дает полное описание всех льгот, доступных для членов профсоюза. Для получения дополнительной информации свяжитесь с Отделом обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот или обратитесь к документу под названием «Evidence of Coverage» («Свидетельство страхового покрытия»). В случае противоречий между этой краткой сводкой и свидетельством страхового покрытия, свидетельство страхового покрытия будет иметь преимущественную силу.

LOCAL 503
SEIU
Stronger Together

Страхование юридической защиты от страховой компании ARAG®

Страхование юридической защиты

Разработано специально для членов местного отделения 503 профсоюза SEIU

Юридические вопросы касаются всего вокруг. Обеспечьте защиту себе и членам своей семьи, приобретя страхования юридической защиты.

Задумывались ли вы когда-либо о том, какое количество жизненных обстоятельств могут иметь юридические последствия? К ним относятся как радости — например, рождения ребенка или покупка дома вашей мечты — так и проблемы — например, когда происходит разрыв отношений с любимым человеком или у ваших детей возникают проблемы с законом.

Страхование юридической защиты UltimateAdvisor® от компании ARAG® предлагает следующие льготы:

- Оплата стоимости услуг адвокатов, входящих в сеть поставщиков, в размере **100% от стоимости** в отношении широкого круга юридических вопросов.
- Доступ к более чем 1**3 тыс. адвокатов,** входящих в сеть поставщиков компании ARAG и имеющих в среднем 20-летний опыт работы.
- Решение ваших юридических вопросов, предусмотренных планом страхования, адвокатом, входящим в сеть поставщиков, который находится всего лишь **на расстоянии телефонного звонка от оказания вам юридической помощи и представления ваших интересов**.
- Получите постоянный доступ к набору онлайн инструментов и ресурсов, включая шаблоны документов DIY Docs®, которые помогут вам составить более 350 юридически действительных документов, включая шаблоны, утвержденные властями штата.

Какую выгоду я получу за свои деньги?

Обслуживание при личном посещении офиса адвоката: Вы получите доступ к общенациональной сети более чем**13 ТЫС. аккредитованных адвокатов,** способных предоставить вам консультацию и представить ваши интересы.

Консультирование по телефону: Вы можете обращаться по телефону к адвокату, входящему в сеть поставщиков, для получения **юридических консультаций в неограниченном объеме** и помощи в составлении личной документации, писем или завещания.

Онлайн ресурсы: Страховая компания ARAG предлагает набор онлайн инструментов и полезной информации, позволяющей самостоятельно ознакомиться с юридическими вопросами. Воспользуйтесь шаблонами документов **DIY Docs®,** которые помогут вам составить более 350 юридически действительных документов, включая шаблоны, утвержденные властями штата.

Какова стоимость этого страхования?

Новый тариф, установленный с первого января 2019 года:

Страхование всей семьи: 21,49 ДОЛЛ. в месяц
Индивидуальное страхование: 16,29 ДОЛЛ. в месяц

По любым вопросам или для получения дополнительной информации о плане страхования

- Звоните в Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот по тел. 503.576.4440 или 1.844.503.SEIU (7348).
- Посетите веб-сайт ARAGLegalCenter.com, код доступа 10540sei.
- Звоните в отдел обслуживания клиентов организации ARAG с 7:00 до 19:00 (центральное поясное время), с понедельника по пятницу по тел. 1.800.247.4184.

Страхование юридической защиты от компании ARAG способно в среднем сэкономить вам 2 100 долл.[1] за каждый страховой случай.

Услуги оформления налогов и защита от кражи личных данных!

Мы понимаем, что иногда финансовые обстоятельства в жизни могут обернуться сложными проблемами, особенно когда вы имеете дело с вопросами индивидуального налогообложения. Теперь вам будет к кому обратиться, когда вам потребуется совет налогового специалиста и прочие сопутствующие услуги. Звоните, чтобы получить индивидуальную консультацию с опытным профессионалом в области налогообложения. И не забывайте, что вам также предоставляется защита от кражи личных данных. Этой услугой предлагается наблюдение за изменениями в вашей кредитной записи и личных данных в Интернете, а также отправка уведомлений о подозрительной активности.

Страхование юридической защиты от страховой компании ARAG®

UltimateAdvisor® Подробности плана страхования юридической защиты

Вы можете рассчитывать на широкий диапазон страхового покрытия и обслуживания, как указано на примерах ниже, способных решить семейные, юридические и финансовые вопросы, которые могут встретиться на жизненном пути:

Ниже указаны лишь отдельные примеры предоставляемых вам льгот. С полным перечнем вопросов, предусмотренных планом страхования, можно ознакомиться на веб-сайте ARAGLegalCenter.com, код доступа **10540sei**.

Потребительские вопросы
- Ремонт автомобиля
- Покупка/продажа автомобиля
- Обман потребителей
- Услуги подрядчиков

Планирование наследства
- Завещания
- Поправки к завещаниям
- Распоряжения на случай смертельной болезни
- Доверенности
- Управление имуществом (не более 9 часов)

Долг
- Банкротство
- Взыскание долга
- Право автомеханика на удержание залогового имущества
- Консолидация кредита на образование

Защита от гражданской ответственности
- Исковое заявление/клевета
- Вопросы, связанные с домашними животными

Семейные вопросы
- Усыновление
- Алименты на бывшего супруга(-и)
- Алименты на ребёнка
- Опека над ребенком
- Развод (оспариваемый – не более 15 часов)
- Домашнее насилие
- Попечительство и опекунство
- Душевное расстройство/моральная неустойчивость
- Изменение имени
- Родительская ответственность

Недвижимое имущество
- Покупка/продажа дома
- Потеря права выкупа заложенного имущества (Foreclosure)
- Тяжбы с соседями
- Тяжбы, связанные с недвижимым имуществом

Налоги
- Налоговая проверка со стороны Налогового управления США (IRS)
- Взыскание налогов со стороны Налогового управления США (IRS)

Нарушение ПДД без штрафа за управление автомобилем в нетрезвом состоянии
- Приостановление действия/лишение водительских прав
- Штрафы за нарушение

ПДД (1 в год) **Тяжбы с арендодателем**
- Договоры/Аренда
- Выселение
- Гарантийный депозит

Уголовные вопросы
- Дополнительная поддержка в трудоустройстве
- Распоряжение о представлении арестованного в суд (Habeas Corpus)
- Вопросы, касающиеся несовершеннолетних лиц
- Мелкие уголовные преступления

Общие юридические вопросы
- Долговые обязательства
- Договоры перевода собственности

В отношении любых других вопросов, не обеспеченных страхованием и заранее не внесенных в список исключенных вопросов, вы получите скидку в размере как минимум 25% от стандартного тарифа адвоката, входящего в сеть поставщиков.

Постойте – это еще не все!

Когда вы сделаете выбор в пользу страхования **UltimateAdvisor,** вы также получите:

- страхование от кражи личных данных: покрытие на сумму до 1 миллиона долларов на расходы, связанные с восстановлением ваших личных данных;
- полный набор услуг для восстановления кредитного рейтинга после хищения личных данных: специалисты по вопросам восстановления кредитного рейтинга смогут от вашего имени восстановить вашу репутацию и личные данные до исходного состояния;
- услуги, связанные с потерей бумажника: специалисты по вопросам восстановления кредитного рейтинга помогут вам отменить и осуществить замену кредитных карт, водительского удостоверения и т.п.;
- кредитный мониторинг единым кредитным бюро: проводится мониторинг изменений в вашем кредитной отчете;
- мониторинг интернет активности; мониторинг посещаемых веб-сайтов и других данных, чтобы предупредить вас в случае произведения обмена и/или продажи ваших личных данных;
- мониторинг использования личных данных ребенка: мониторинг личных данных вашего несовершеннолетнего ребенка, чтобы предупредить вас в случае произведения обмена и/или продажи его личных данных;
- мониторинг изменений адреса:
- отдел финансового образования и консультационных услуг предлагает советы и ответы высококвалифицированных финансовых консультантов по различным темам;
- горячая линия по вопросам услуг по уходу поможет вам получить юридическую консультацию от адвокатов, входящих в сеть поставщиков, а также советы специалистов службы Eldercare Specialists по организации ухода за вашими родителями или бабушками/дедушками.

По всем вопросам или для получения дополнительной информации о плане страхования:
- Звоните в Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот по тел. 503.576.4440 или 1.844.503.SEIU (7348).
- Посетите веб-сайт ARAGLegalCenter.com, код доступа 10540sei.
- Звоните в отдел обслуживания клиентов организации ARAG с 7:00 до 19:00 (центральное поясное время), с понедельника по пятницу по тел. 1.800.247.4184.

Изменения в план юридического страхования, вступающие в силу 1 января 2019, включают в себя:
- Внесение поправки об изменении судебного постановления об опеке над ребенком/порядке проведения встреч в пользу истца.
- Внесение поправки о соглашениях по вопросу изначального решение об опеке над ребенком/выплате алиментов на ребенка.
- Внесение поправки о составлении добрачного контракта.
- Отмена страхования всех уголовных преступлений, связанных с гражданскими, трудовыми и уголовно-трудовыми вопросами.

«Компания ARAG намного упростила процесс решения моего юридического вопроса, чем если бы мне пришлось заниматься этим в одиночку. Мне не пришлось искать адвоката или выкладывать огромную сумму денег».

Донна, Сан-Франциско, Калифорния

Ознакомьтесь с отзывами реальных участников плана страхования на веб-сайте ARAGLegalCenter.com

Ограниченный период регистрации:
Не упустите возможность зарегистрироваться в доступный план юридической защиты. Просто заполните бланк регистрации, прилагаемый на странице 4, и отправьте его по адресу:

SEIU Local 503
PO Box 12159
Salem, OR 97309

Страхование всей семьи: 21,49 ДОЛЛ. в месяц
Индивидуальное страхование: 16,29 ДОЛЛ. в месяц

Страхование юридической защиты от страховой компании ARAG®

Право на участие в плане страхования UltimateAdvisor®

Члены местного отделения 503 профсоюза SEIU имеют право стать участниками плана юридического страхования в течение 90 дней с момента вступления в ряды членов профсоюза местного отделения 503 профсоюза SEIU или во время периода открытой регистрации. К иждивенцам, имеющим право на страхование, относятся ваш супруг(-а)/партнер [2] и все не вступившие в брак дети, находящиеся на вашем иждивении или иждивении вашего супруга(-и), и не достигших возраста 26 лет. Для регистрации своих иждивенцев вам необходимо в первую очередь подать заявления на свою регистрацию.

Прекращение действия страхования

Страхование юридической защиты прекращает действовать в тот момент, когда участник перестает вносить обязательные ежемесячные страховые взносы или больше не является членом местного отделения 503 профсоюза SEIU. Членство в плане страхования может быть отменено только во время периода открытой регистрации или в случае, если владелец страхового полиса самостоятельно отменяет действие страхования. Любой юридический вопрос, в отношении которого страхование было утверждено, продолжит обеспечиваться планом страхования до момента достижения решения по этому конкретному делу.

Изменения статуса регистрации

Изменения вашего статуса регистрации допускаются в течение 31 дня с даты события, наделяющего вас правом вносить изменения, и при условии, что запрашиваемое изменение не противоречит характеру такого события. К событиям, наделяющим вас правом вносить изменения, могут относиться следующие:

- вступление в брак или расторжение брака;
- рождение или усыновление ребенка;
- последний застрахованный ребенок утрачивает право на участие в плане страхования, например, в связи с достижением возраста 26 лет или вступлением в брак;
- смерть супруга(-а) или иждивенца.

Вы должны уведомить Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот местного отделения 503 профсоюза SEIU о событии, наделяющим вас правом вносить изменения, в течение 31 дня. В случае, если в течение 31 дня вы не поставите работников местного отделения 503 профсоюза SEIU в известность о событии, наделяющем вас правом вносить изменения, возможность внести изменение статуса регистрации будет предоставлена вам только во время открытого периода регистрации.

Выход на пенсию

В случае выхода участником плана на пенсию участник может продолжать пользоваться страхованием в рамках данного плана как бывший сотрудник, вышедший на пенсию, при условии, что он сохраняет членство в местном отделении 503 профсоюза SEIU и вносит обязательные ежемесячные страховые взносы.

Понятие существовавшего ранее юридического вопроса

Любой юридический вопрос, возникший или принятый к рассмотрению до вступления в силу действия настоящего страхового полиса, будет считаться исключением из правил и не будет покрываться страхованием. Понятие «принятый к рассмотрению» считается компанией ARAG® датой отправки или получения вами письменного уведомления о производстве юридической тяжбы, или датой составления штрафа или повестки в суд, или датой заключения договора с адвокатом. Если ваш вопрос относится к категории существовавшего ранее юридического вопроса, при условии, что он не внесен в список «исключений», предусмотренных планом, и при условии, что вы не заключали договора с адвокатом, вы имеете право получить консультацию от адвоката, входящего в сеть поставщиков, в рамках Телефонной службы доступа к юридической помощи, а также получить скидку на юридическую помощь в размере как минимум 25% от стандартного почасового тарифа адвоката, входящего в сеть поставщиков.

Исключения

Большинство личных и потребительских вопросов покрываются планом страхования юридической защиты. Планом страхования UltimateAdvisor не предусматриваются указанные услуги. Любой юридический вопрос, возникший или принятый к рассмотрению до вступления в силу действия настоящего страхового полиса участника плана, будет считаться исключением из правил и не будет покрываться страхованием.

1. иски против компании ARAG, владельца страхового полиса (местного отделения 503 профсоюза SEIU) или застрахованного лица против интересов застрахованного лица, указанного в одном и том же сертификате;
2. юридические вопросы, вытекающие из интересов бизнеса, инвестиций, вопросов занятости, льгот для сотрудников, вашей роли в качестве должностного лица или управляющего организацией, а также патентов или авторских прав;
3. юридические вопросы в рамках коллективных исков, ходатайств после вынесения судебного решения, штрафных санкций, злоупотреблений служебным положением, апелляций, суда мелких исков или суда аналогичного уровня в вашем штате;
4. юридические вопросы, признанные компанией ARAG необоснованными или безосновательными, или в рамках исков, в которых вы являетесь истцом, а сумма, оплачиваемая компанией ARAG за ваши юридические издержки, превышает оспариваемую сумму, или в случае, когда по обоснованному предположению компании ARAG вы не предпринимаете активных и достаточных попыток добиться решения по вашему делу.

Здесь представлен краткий обзор положений плана, относящихся к страховому полису, предоставленному компанией ARAG® местному отделению 503 профсоюза SEIU. В случае противоречий между этим кратким обзором и полисом или сертификатом страхования, полис и/или сертификат страхования будет иметь преимущественную силу по вопросам условий страхования, исключениям, всем ограничениям и правилам страхового покрытия. Время от времени в план страхования могут вноситься поправки или он может быть полностью отменен в любое время местным отделением 503 профсоюза SEIU.

[1]Средняя ставка оплаты труда адвоката с опытом работы от 11 до 15 лет в Соединенных Штатах составляет 343 доллара в час. Отчет «Survey of Law Firm Economics: издание от 2017 года». Журнал The National Law Journal и компания ALM Legal Intelligence, октябрь 2017 года. Средний размер сэкономленных средств на основании данных компании ARAG о юридических исках и затраченных часах работы адвокатов, представленных в базе данных исков компании ARAG-2017. Количество часов работы, помноженное на среднюю почасовую ставку оплаты труда адвокатов (минус средняя годовая стоимость плана страхования юридической защиты, предоставленного компанией ARAG).

[2]Ваш гражданский супруг(-а) имеет право подать заявление при условии, что ваши отношения отвечают критериям, указанным в Бланке аффидевита гражданского супруга, утвержденном местным отделением 503 профсоюза SEIU (см. стр. 16), или если у вас на руках имеется Сертификат гражданского партнерства (Certificate of Domestic Partnership), выданный властями штата Орегон. Если вы оформляете заявление на вашего гражданского супруга(-у), Бланк аффидевита гражданского супруга, утвержденный местным отделением 503 профсоюза SEIU, необходимо подать вместе с бланком регистрации в план страхования юридической защиты.

Применяются ограничения и исключения. В зависимости от законов отдельных штатов, план страхования юридической защиты от компании ARAG может считаться страховым продуктом или продуктом обслуживания. Страховые продукты утверждаются на страхование страховой компанией ARAG, расположенной в городе Де-Мойн, штата Айова, страховой компанией GuideOne® Mutual, расположенной в городе Западный Де-Мойн, штата Айова, или страховой компанией GuideOne Specialty Mutual, расположенной в городе Западный Де-Мойн, штата Айова. Продукты обслуживания предоставляются компанией ARAG Services, LLC. Данный материал предоставляется исключительно в целях иллюстрации, и не является договором. Для получения информации об условиях, льготах или исключениях страхования звоните по тел. 1.800.247.4184.

Для получения дополнительной информации звоните в Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот по тел. 503.576.4440 или 1.844.503.SEIU (7348) или посетите веб-сайт ARAGLegalCenter.com, код доступа 10540sei.

LOCAL 503 SEIU Stronger Together

Legal Insurance Enrollment Form

Important notice: This form replaces all other enrollment forms on file.

Section 1 Member Information

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

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

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.*

Section 2 Coverage Requested *(check one)*

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

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

Full Name	Relationship	Date of Birth

Section 4 Signature for Enrollment and Authorization for Payroll Deduction

*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.*

Signature **Date**

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

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 9/2018

Действие плана страхования вступит в силу с первого числа месяца, в который будет произведен вычет из заработной платы. Если вычет будет произведен в последний день месяца, действие плана страхования вступит в силу первого числа последующего месяца. Возможность вычета из заработной платы может предоставляться не всеми работодателями. Если у вас возникли какие-либо вопросы, обратитесь в отдел по расчету заработной платы или в Отдел обслуживания членов местного отделения 503 профсоюза SEIU по вопросам получения льгот. Если ваш работодатель не предлагает возможность вычета из заработной платы, вам потребуется оплачивать страховой взнос самостоятельно.

Право на получение льгот

Для получения права на страхование в рамках этого плана вы должны сохранять свое членство в местном отделении 503 профсоюза SEIU. К иждивенцам, имеющим право на страхование, относятся супруг(-а)/партнер и все дети в возрасте младше 26, находящиеся на вашем иждивении и не состоящие в браке.

Изменения статуса регистрации

Статус регистрации может быть изменен или регистрация может быть отменена в течение периода открытой регистрации или в случае возникновения события, наделяющего вас правом вносить изменения. Вы должны уведомить Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот местного отделения 503 профсоюза SEIU о событии, наделяющим вас правом вносить изменения, в течение 31 дня, чтобы иметь право на внесение изменений в статус регистрации.

Прекращение действия плана страхования

Страхование юридической защиты прекращает действовать в тот момент, когда участник перестает вносить обязательные ежемесячные страховые взносы и/или больше не является членом местного отделения 503 профсоюза SEIU.

В случае выхода участником плана на пенсию участник может продолжать пользоваться страхованием в рамках данного плана как бывший сотрудник, вышедший на пенсию, при условии, что он сохраняет членство в местном отделении 503 профсоюза SEIU и вносит обязательные ежемесячные страховые взносы.

Время от времени в план страхования могут вноситься поправки или он может быть полностью отменен в любое время местным отделением 503 профсоюза SEIU.

Понятие существовавшего ранее юридического вопроса и продолжение выдачи страхования

Любой юридический вопрос, возникший или принятый к рассмотрению до вступления в силу действия настоящего страхового полиса, будет считаться исключением из правил и не будет покрываться страхованием. Понятие «принятый к рассмотрению» считается компанией ARAG® датой отправки, оформления или получения вами письменного уведомления о производстве юридической тяжбы, или датой составления штрафа или повестки в суд, или датой заключения договора с адвокатом.

Любой юридический вопрос, в отношении которого страхование было утверждено, продолжит обеспечиваться планом страхования до момента достижения решения по этому конкретному делу.

Пожалуйста, помните о том, что только план страхового покрытия может предоставить вам действительную информацию об условиях, порядке, объемах, правилах и исключениях, предусмотренных страхованием.

LOCAL 503
SEIU
Stronger Together

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

503.576.4440
1.844.503.SEIU (7348)

Право на срочное страхование жизни

Если вы являетесь членом профсоюза и работаете как минимум 40 часов в неделю, вы имеете право подать заявление на получение добровольного срочного страхования жизни.

Иждивенцы

Ваш супруг(-а)

Ваш законный супруг(-а) имеет право подать заявление при условии, что вы сами зарегистрированы в план страхования.

Ваш гражданский супруг(-а)

Ваш гражданский супруг(-а) имеет право подать заявление при условии, что вы сами зарегистрированы в план страхования, и ваши отношения отвечают критериям, указанным в Бланке аффидевита гражданского супруга, утвержденном местным отделением 503 профсоюза SEIU (см. стр. 16), или если у вас на руках имеется Сертификат гражданского партнерства (Certificate of Domestic Partnership), выданный властями штата Орегон.

Дети, находящиеся на вашем иждивении

Ваш ребенок в возрасте младше 26 лет имеет право на участие в плане страхования при условии, что он (она) не состоит в браке, гражданском партнерстве, и отвечает любому из указанных ниже критериев:

1. биологический ребенок, пасынок (падчерица), приемный ребенок или ребенок, помещенный в вашу семью или семью вашего супруга(-и) на усыновление; или
2. ребенок, в отношении которого вы или ваш супруг(-а) получили опекунство, назначенное судом; или
3. ребенок, для которого вы или ваш супруг(-а) обязаны предоставлять страховое покрытие на основании юридического приказа о предоставлении квалифицированной медицинской поддержки (Qualified Medical Support Order).

Если к предполагаемой дате начала страхования ваш супруг(-а)/партнер или ребенок не в состоянии выполнять обычные повседневные действия по самообслуживанию, присущие его или ее возрасту и полу, он или она не будет обеспечен(-а) страхованием до тех пор, пока он (она) не будут в состоянии выполнять эти действия.

Срочное страхование жизни для членов профсоюза

Добровольное срочное страхование жизни для членов профсоюза предоставляется в следующих объемах: **10 000 долл., 20 000 долл., 30 000 долл., 40 000 долл., 50 000 долл., 60 000 долл., 70 000 долл., 80 000 долл., 90 000 долл., 100 000 долл., 110 000 долл., 120 000 долл., 130 000 долл., 140 000 долл., или 150 000 долл.**

Новые члены профсоюза – если вы зарегистрируетесь в течение 90 дней с момента вступления в ряды членов местного отделения 503 профсоюза SEIU, вам гарантируется страховое покрытие в следующем объеме: **10 000 долл., 20 000 долл., 30 000 долл.,** или **40 000 дол.**

Период открытой регистрации – если вы зарегистрируетесь в качестве нового члена профсоюза, вы можете «увеличить» объем страхового покрытия до гарантированной максимальной суммы **40 000 долл.**
Если вы никогда не регистрировались в план страхования, вам гарантируется страхование в следующем объеме: **10 000 долл.** или **20 000 долл.**

Регистрация в любой другой период или изменение объема страхования требует наличия подтверждения приемлемости, удовлетворяющего критериям, а также одобрение со стороны компании LifeMap Assurance.

Срочное страхование жизни для супругов/ партнеров

Добровольное срочное страхование жизни для супругов/ партнеров предоставляется в следующих объемах: **10 000 долл., 20 000 долл., 30 000 долл., 40 000 долл., 50 000 долл., 60 000 долл., 70 000 долл., 80 000 долл., 90 000 долл., 100 000 долл., 110 000 долл., 120 000 долл., 130 000 долл., 140 000 долл., или 150 000 долл.**

Новые члены профсоюза – если вы зарегистрируетесь в течение 90 дней с момента вступления в ряды членов местного отделения 503 профсоюза SEIU, и вы оформите страхование для себя, вашему супругу(-е)/ партнеру гарантируется страховое покрытие в следующем объеме: **10 000 долл.** или **20 000 долл.**

Период открытой регистрации – если вы оформите страхование для себя, вашему супругу(-е)/ партнеру гарантируется страхование жизни в следующем объеме: **10 000 долл.**

Регистрация в любой другой период или изменение объема страхования требует наличия подтверждения приемлемости, удовлетворяющего критериям, а также одобрение со стороны компании LifeMap Assurance.

Срочное страхование жизни для детей

Вашим детям гарантируется страхование жизни в течение 90 дней с даты вашего вступления в ряды членов местного отделения 503 профсоюза SEIU при условии, что вы зарегистрируетесь в план добровольного срочного страхования жизни.

Новые члены профсоюза – если вы зарегистрируетесь в течение 90 дней с момента вступления в ряды членов местного отделения 503 профсоюза SEIU, и вы оформите страхование для себя, вашему ребенку (детям) гарантируется страховое покрытие в следующем объеме: **5 000 долл.** или **10 000 долл.**

Период открытой регистрации – если вы оформите страхование для себя, вашему ребенку (детям) гарантируется страхование жизни в следующем объеме: **5 000 долл.** или **10 000 долл.**

Регистрация в любой другой период требует наличия подтверждения приемлемости, удовлетворяющего критериям, а также одобрение со стороны компании LifeMap Assurance.

Страховое пособие в связи со смертельной болезнью
Если у вас была диагностирована врачом неизлечимая болезнь с ожидаемой продолжительностью жизни 12 месяцев или меньше, ускоренной выплатой пособия в связи со смертельной болезнью предусматривается выплата застрахованному лицу 80% от суммы действующего страхового покрытия или 120 тыс. долларов, в зависимости от того, какая сумма ниже.

Любая сумма пособия, выплаченная в рамках страхового пособия в связи со смертельной болезнью, сократит сумму страхового покрытия в рамках добровольного срочного страхования жизни, выплачиваемую после смерти владельца полиса, и может облагаться налогом. Как и в отношении других налоговых вопросов вам следует обсудить этот вопрос с личным налоговым консультантом для оценки последствий выплаты этого пособия.

Исключения
План добровольного срочного страхования жизни не будет выплачен после смерти владельца полиса, вызванной суицидом, умышленно причиненным самому себе телесным повреждениям или любой другой попыткой причинить себе вред, будучи во вменяемом или невменяемом состоянии в течение первых двух лет страхования.

Корректировка суммы пособия в связи с возрастом
Местным отделением 503 профсоюза SEIU производится корректировка размера ежемесячных взносов на страхование жизни на вас и ваших иждивенцев, исходя из года вашего рождения. Корректировка производится в первый день месяца, следующего за месяцем, в который вы перешли в последующую возрастную группу.

Освобождение от уплаты страховых взносов
В случае вашей полной потери трудоспособности (как определено правилом) вы будете освобождены от уплаты страховых взносов, а выплата пособия плана добровольного срочного страхования жизни будет производиться до момента достижения участником возраста 65 лет при условии, что он продолжит сохранять полную потерю трудоспособности.

Преимущественное право на замену страхового полиса
При прекращении вами трудоустройства ваше участие в плане страхования жизни продолжится в течение 31 дня без каких-либо расходов с вашей стороны. В течение этого периода вы можете обменять ваше пособие плана добровольного срочного страхования жизни на гарантированный индивидуальный постоянный страховой полис. Заявление на обмен группового страхования должно быть подано в течение 31 дня с даты прекращения трудоустройства.

Преимущественное право на перевод страхового плана
Если вы прекращаете трудоустройство до момента достижения вами возраста 65 лет, у вас будет право перенести пособие плана добровольного срочного страхования жизни в другую страховую компанию. Пособия плана страхования жизни супруга(-и)/партнера и детей также можно перенести в другую компанию. Вы должны подать заявление в течение 31 дня с даты прекращения вашего трудоустройства. Страхование гарантировано.

Право на страхование на случай кратковременной нетрудоспособности

Если вы являетесь членом профсоюза и работаете как минимум 80 часов в месяц, вы имеете право подать заявление на участие в плане страхования на случай кратковременной нетрудоспособности.

Страхование на случай кратковременной нетрудоспособности

Если вы оказались не в состоянии работать в связи с телесным повреждением или заболеванием, ограничивающим вашу трудоспособность и не связанным с производством, вам будет выплачиваться еженедельное пособие сроком не более 26 недель за страхуемый случай. Для получения права на пособие вам не обязательно проходить лечение в стационаре или находиться на домашнем режиме. Требуется, чтобы врач подтвердил вашу неспособность выполнять физический труд и вел за вами наблюдение. ***Для того, чтобы страховая защита была вам выплачена, необходимо, чтобы в день вступления в силу вашего страхования вы находились на рабочем месте.***

Пособие по случаю утраты трудоспособности
- В отношении **несчастного случая**, произошедшего во внеслужебное время, выплата страховой защиты начинает производиться на 15 день продолжительной и полной потери трудоспособности. Ваша потеря трудоспособности должна быть подтверждена лечащим врачом, получившим лицензию на медицинскую практику.
- В отношении непрофессионального **заболевания** выплата страховой защиты начинает производиться на 15 день продолжительной и полной потери трудоспособности. Ваша потеря трудоспособности должна быть подтверждена лечащим врачом, получившим лицензию на медицинскую практику.

Определение понятия потери трудоспособности
Вы будете считаться лицом, утратившим трудоспособность, если по причине травмы или болезни вы окажетесь не в состоянии выполнять свои основные предписанные вам рабочие обязанности.

Новые члены профсоюза - вы можете записаться в план страхования на случай кратковременной нетрудоспособности в течение 90 дней с зачисления в ряды членов профсоюза без предоставления подтверждения приемлемости к страхованию.

Период открытой регистрации - вы можете записаться в план страхования на случай кратковременной нетрудоспособности во время периода открытой регистрации.

Вы можете записаться в план страхования на случай кратковременной нетрудоспособности в любое время, ответив на вопросы, касающиеся вашего здоровья, в бланке подтверждения приемлемости к страхованию. Страхование будет предоставлено с одобрения страховой компании. Действие страхования начинается с момента одобрения страховой компанией страхового обеспечения и начала уплаты страховых взносов.

Размер пособия по плану страхования на случай кратковременной нетрудоспособности

Класс 1: Если сумма вашего основного заработка не превышает 999 долларов в месяц, и вы работаете как минимум в течение 80 часов в месяц. Размер вашего еженедельного пособия в любую неделю, в течение которой вы сохраняете нетрудоспособность, составляет 175 долларов.

Класс 2: Если сумма вашего основного заработка составляет от 1 тыс. до 2 999 долларов в месяц, и вы работаете как минимум в течение 80 часов в месяц. Размер вашего еженедельного пособия в любую неделю, в течение которой вы сохраняете нетрудоспособность, составляет 225 долларов.

Класс 3: Если сумма вашего основного заработка составляет от 3 тыс. до 3 999 долларов в месяц, и вы работаете как минимум в течение 80 часов в месяц. Размер вашего еженедельного пособия в любую неделю, в течение которой вы сохраняете нетрудоспособность, составляет 66% (2/3) от суммы вашей заработной платы, но не более 300 долларов.

Класс 4: Если сумма вашего основного заработка составляет 4 тыс. долларов в месяц или более, и вы работаете как минимум в течение 80 часов в месяц. Размер вашего еженедельного пособия в любую неделю, в течение которой вы сохраняете нетрудоспособность, составляет 66% (2/3) от суммы вашей заработной платы, но не более 500 долларов.

Исключения

Пособия по плану страхования на случай кратковременной нетрудоспособности не будут выплачиваться, если потеря трудоспособности, косвенно или напрямую, явилась результатом одной из указанных ниже причин:

a) травмы, нанесенные преднамеренно, будучи во вменяемом или невменяемом состоянии; или
b) любое деяние или опасность объявленной или необъявленной войны; или
c) активное участие в беспорядках; или
d) совершение уголовного преступления; или
e) травма или болезнь, наделяющие вас правом получать материальную компенсацию рабочим от предприятия или пособие в рамках закона о профессиональных заболеваниях; или
f) травма или болезнь, связанные с профессиональной деятельностью.

Пособия по плану страхования на случай кратковременной нетрудоспособности не будут выплачиваться в течение периода потери трудоспособности, когда вы не проходите лечение у лицензированного врача, практикующего в рамках выданной ему лицензии.

Ограничение в отношении существовавшего ранее хронического заболевания (заболевания, имеющегося до вступления в силу договора страхования)

Пособия по плану страхования на случай кратковременной нетрудоспособности не будут выплачиваться в отношении любых ограниченных возможностей, вызванных ранее существовавшим хроническим заболеванием, если потеря трудоспособности произошла в течение первых 12 месяцев вашего страхового обеспечения. Существовавшее ранее хроническое заболевание – заболевание или травма, в отношении которой вы получали любой вид лечения, включая использование рецептурных препаратов, в течение 3 месяцев до даты вступления в силу плана страхования на случай кратковременной нетрудоспособности.

Здесь представлен краткий обзор положений плана, относящихся к страховому полису, предоставленному компанией LifeMap местному отделению 503 профсоюза SEIU. В случае противоречий между этим кратким обзором и полисом или сертификатом страхования, полис и/или сертификат страхования будет иметь преимущественную силу по вопросам условий страхования, исключениям, всем ограничениям и правилам страхового покрытия.

Порядок регистрации

Регистрация новых участников

Вы должны заполнить и подать бланк регистрации на срочное страхование жизни и страхование на случай потери трудоспособности, одобренный местным отделением 503 профсоюза SEIU. Если вы регистрируетесь на получение страхового покрытия, превышающего гарантированный размер страховой выплаты, вы должны заполнить и подать бланк подтверждения приемлемости к страхованию. Пожалуйста, полностью прочтите брошюру, чтобы ознакомиться с требованиями регистрации. Сотрудники Отдела обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот местного отделения 503 профсоюза SEIU должны получить заполненный вами бланк документа в течение 90 дней с даты вашего вступления в ряды членов профсоюза.

Период открытой регистрации

Вы должны заполнить и подать бланк регистрации на срочное страхование жизни и страхование на случай потери трудоспособности, одобренный местным отделением 503 профсоюза SEIU. Вы можете выбрать страхование в плане добровольного срочного страхования жизни в размере 20 тыс. долл. на себя, в размере 10 тыс. долл. на вашего супруга(-и)/ партнера, и до 10 тыс. долл. на вашего ребенка. Если вы зарегистрируетесь в план добровольного срочного страхования жизни в качестве нового члена профсоюза, вы можете «увеличить» объем страхового покрытия до гарантированной максимальной суммы 40 000 долл. во время периода открытой регистрации. Другой объем страхования требует наличия подтверждения приемлемости, удовлетворяющего критериям.

Изменения статуса регистрации

Изменения в ваш план страхования допускаются при наличии события, наделяющего вас правом вносить изменения, и при условии, что запрашиваемое изменение не противоречит характеру такого события и оформляется в течение 31 дня с даты события. К событиям, наделяющим вас правом вносить изменения, могут относиться следующие:

- вступление в брак или расторжение брака;
- рождение или усыновление ребенка;
- последний застрахованный ребенок утрачивает право на участие в плане страхования, например, в связи с достижением возраста 26 лет или вступлением в брак;
- смерть супруга(-а) или иждивенца.

Размер ежемесячных страховых взносов плана страхования жизни участника и супруга(-и)

(размер страховых взносов супругов подсчитывается, исходя из возраста участника)

Возраст участника	$ 10 000	$20 000	$30 000	$40 000	$50 000	$60 000	$70 000	$ 80 000
Младше 25 лет	0,81	1,62	2,43	3,24	4,05	4,86	5,67	6,48
25-29	0,76	1,52	2,28	3,04	3,80	4,56	5,32	6,08
30-34	0,88	1,76	2,64	3,52	4,40	5,28	6,16	7,04
35-39	1,18	2,36	3,54	4,72	5,90	7,08	8,26	9,44
40-44	1,73	3,46	5,19	6,92	8,65	10,38	12,11	13,84
45-49	2,68	5,36	8,04	10,72	13,40	16,08	18,76	21,44
50-54	4,25	8,50	12,75	17,00	21,25	25,50	29,75	34,00
55-59	6,65	13,30	19,95	26,60	33,25	39,90	46,55	53,20
60-64	9,34	18,68	28,02	37,36	46,70	56,04	65,38	74,72
65-69	16,63	33,26	49,89	66,52	83,15	99,78	116,41	133,04
70-74	32,99	65,98	98,97	131,96	164,95	197,94	230,93	263,92
75 лет и старше	67,96	135,92	203,88	271,84	339,80	407,76	475,72	543,68

Размер ежемесячных страховых взносов плана страхования жизни участника и супруга(-и)

продолжение

Возраст участника	$ 90 000	$ 100 000	$ 110 000	$ 120 000	$ 130 000	$ 140 000	$ 150 000
Младше 25 лет	7,29	8,10	8,91	9,72	10,53	11,34	12,15
25-29	6,84	7,60	8,36	9,12	9,88	10,64	11,40
30-34	7,92	8,80	9,68	10,56	11,44	12,32	13,20
35-39	10,62	11,80	12,98	14,16	15,34	16,52	17,70
40-44	15,57	17,30	19,03	20,76	22,49	24,22	25,95
45-49	24,12	26,80	29,48	32,16	34,84	37,52	40,20
50-54	38,25	42,50	46,75	51,00	55,25	59,50	63,75
55-59	59,85	66,50	73,15	79,80	86,45	93,10	99,75
60-64	84,06	93,40	102,74	112,08	121,42	130,76	140,10
65-69	149,67	166,30	182,93	199,56	216,19	232,82	249,45
70-74	296,91	329,90	362,89	395,88	428,87	461,86	494,85
75 лет и старше	611,64	679,60	747,56	815,52	883,48	951,44	1019,40

Размер ежемесячный страховых взносов плана страхования на случай кратковременной нетрудоспособности

Категория заработной платы	Еженедельное пособие	Страховой взнос
Класс 1 (заработная плата ниже 999 долл. в месяц)	175 долл.	8,58 долл.
Класс 2 (заработная плата от 1 000 долл. до 2 999 долл. в месяц)	225 долл.	11,03 долл.
Класс 3 (заработная плата от 3 000 долл. до 3 999 долл.)	66% (2/3) от заработной платы, не более 300 долл.	14,70 долл.
Класс 4 (заработная плата от 4 000 и выше)	66% (2/3) от заработной платы, не более 500 долл.	24,50 долл.

Размер ежемесячных страховых взносов плана страхования жизни ребенка

Стоимость страхования ребенка	$5 000	$10 000
Любой возраст	0,80	1,60

Здесь приводится краткое описание важных положений плана страхования. Документ не является договором. Правила и условия срочного страхования жизни обозначены в номере полиса группового страхования OR 048692. Правила и условия плана страхования на случай кратковременной нетрудоспособности обозначены в номере полиса группового страхования OR 048692. Правила доступности этого предложения могут измениться. Пожалуйста, сохраните этот документ в качестве справочного материала, и приложите его к сертификату, если вы оформите страховку.

Время от времени в план страхования могут вноситься поправки или он может быть полностью отменен в любое время местным отделением 503 профсоюза SEIU.

Утверждено к страхованию компанией
LifeMap Assurance

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 for enrollment or beneficiary to be valid.

Section 1 Member Information

This enrollment is for: ❍ New Member ❍ Open Enrollment ❍ Beneficiary Designation Only ❍ Change Reason for change: _____ Date of change: _____

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)*

You must be enrolled in member term life to apply for spouse/partner or child term life.

Member Term Life

(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 or $150,000)

❍$10,000 ❍$20,000 ❍$30,000 ❍$40,000

❍Increase Member Life to $_____

Spouse/Partner Term Life

(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 or $150,000)

❍$10,000 or ❍$20,000

❍Increase Spouse Life to $_____

Spouse/Partner Name Date of Birth Relationship

_____

Child Term Life

❍$5,000 or ❍$10,000

Child Name Date of Birth Relationship

_____

_____

_____

_____

_____

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 9/2018

Действие плана страхования вступит в силу с первого числа месяца, в который будет произведен вычет из заработной платы. Если вычет будет произведен в последний день месяца, действие плана страхования вступит в силу первого числа последующего месяца. *Возможность вычета из заработной платы может предоставляться не всеми работодателями. Если у вас возникли какие-либо вопросы, обратитесь в отдел по расчету заработной платы или в Отдел обслуживания членов местного отделения 503 профсоюза SEIU по вопросам получения льгот. Если ваш работодатель не предлагает возможность вычета из заработной платы, вам потребуется оплачивать страховой взнос самостоятельно.

Правомочность

Для получения права на страхование в рамках этого плана вы должны сохранять свое членство в местном отделении 503 профсоюза SEIU. Вы должны работать как минимум 40 часов в месяц на должности, представленной местным отделением 503 профсоюза SEIU, чтобы приобрести страхование жизни. Вы должны работать как минимум 40 часов в месяц на должности, представленной местным отделением 503 профсоюза SEIU, чтобы приобрести план страхования на случай кратковременной нетрудоспособности. Для того, чтобы действие страхования вступило в силу, ваш рабочий график должен включать в себя минимально необходимое количество часов, которое вы отрабатываете.

К иждивенцам, имеющим право на страхование, относятся супруг(-а)/партнер и все дети в возрасте младше 26, находящиеся на вашем иждивении и не состоящие в браке. При регистрации вашего гражданского супруга(-и), приложите заполненный бланк аффидевита гражданского супруга(-и) или укажите на лицевой стороне настоящего документа о том, что вы получили Сертификат зарегистрированного гражданского партнерства.

Если к предполагаемой дате начала страхования лицо, находящееся на вашем иждивении, не в состоянии выполнять обычные повседневные действия по самообслуживанию, присущие его или ее возрасту и полу, он или она не будет обеспечен(-а) страхованием до тех пор, пока он (она) не будут в состоянии выполнять эти действия.

Регистрация и изменение суммы страховых взносов

Статус регистрации может быть изменен или регистрация может быть отменена в течение периода открытой регистрации или в случае возникновения события, наделяющего вас правом вносить изменения. Вы должны уведомить Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот местного отделения 503 профсоюза SEIU о событии, наделяющим вас правом вносить изменения, в течение 31 дня, чтобы иметь право на внесение изменений в статус регистрации. Объем страхования и сумма страховых взносов может быть изменена в соответствии с размером заработной платы и возрастом, как указано в брошюре о льготах и общем страховом полисе, выданном компанией LifeMap Assurance.

Прекращение действия плана страхования

Срочное страхование жизни прекращает действовать в тот момент, когда участник перестает вносить обязательные ежемесячные страховые взносы, перестает отвечать требованиям правомочности и/или больше не является членом местного отделения 503 профсоюза SEIU.

При прекращении участником плана страхования трудоустройства или выходе на пенсию его участие в плане страхования жизни продолжится в течение 31 дня без каких-либо расходов с его стороны. В течение этого периода вы можете обменять ваше пособие плана добровольного срочного страхования жизни на гарантированный индивидуальный постоянный страховой полис. Заявление на обмен группового страхования должно быть подано в течение 31 дня с даты прекращения трудоустройства или выхода на пенсию. В вашу обязанность входит обратиться в Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот местного отделения 503 профсоюза SEIU, чтобы запросить бланк заявления на обмен страхования.

Если участник плана страхования прекращает трудоустройство до момента достижения им возраста 65 лет, его пособие плана добровольного срочного страхования жизни можно перенести в другую страховую компанию. Вы должны подать заявление в течение 31 дня с даты прекращения вашего трудоустройства. В вашу обязанность входит обратиться в Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот местного отделения 503 профсоюза SEIU, чтобы запросить бланк заявления на перевод пособия в другую компанию.

Условия получения льгот и прекращения страхования подробно описаны в брошюре о льготах компании LifeMap Assurance. Эту брошюру можно найти на веб-сайте местного отделения 503 профсоюза SEIU по адресу**seiu503.org** нажмите на страницу Membership Advantages (Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот) . Вы можете получить печатную копию настоящей брошюры, обратившись в Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот местного отделения 503 профсоюза SEIU по указанному ниже номеру телефона.

Время от времени в план страхования могут вноситься поправки или он может быть полностью отменен в любое время местным отделением 503 профсоюза SEIU.

LOCAL 503
SEIU
Stronger Together

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

503.576.4440
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 detach 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 email to membershipadvantages@seiu503.org.

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

Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации

В компании LifeMap Assurance мы знаем о том, насколько серьезно вы относитесь к своей конфиденциальности. Именно поэтому мы стремимся обеспечить вашу конфиденциальность и безопасность ваших личных данных. Поскольку мы стремимся заработать и сохранить ваше доверие, мы придерживаемся многолетней политики конфиденциальности, качественной подготовки, а наши штатные сотрудники посвящены защите вашей конфиденциальности. Кроме того, мы обеспечиваем физические, административные и технические гарантии для защиты ваших личных данных от несанкционированного доступа. Доступ к вашим личным данным ограничен внутри нашей организации, и предоставляется только тем лицам, которым требуется информация для предоставления вам обслуживания или для выполнения наших задач. Даже после прекращения вашего членства в компании LifeMap мы продолжим обеспечивать конфиденциальность ваших личных данных, как если бы вы продолжали оставаться ее действующим членом.

Маркетинг
В то время как другие компании могут продавать или одалживать вашу контактную информацию, компания LifeMap никогда не будет продавать или одалживать ваши личные данные в рекламных целях. Если вы желаете, чтобы компания LifeMap разглашала ваши личные данные неаффилированной третьей стороной, чтобы эта третья сторона могла рекламировать вам свои услуги, вы должны предоставить нам свое четкое разрешение.

Ваша личная информация
Мы собираем вашу личную информацию, такую как ваши имя и фамилия, контактная информация, информация о состоянии здоровья и финансовая информация, от вас, ваших поставщиков услуг и других страховых компаний, предоставляющих вам страхование. Мы используем эту информацию в целях предоставления вам услуг и проведения страховых операций. Мы не будем разглашать вашу личную информацию, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону или, когда вы предоставили свое разрешение. Когда это разрешено или требуется по закону, мы можем передавать личные данные нашим филиалам и агентам, перестраховщикам, страховым администраторам, консультантам, регулирующим и государственным органам. Мы требуем от организаций, получающих эту информацию от нашего имени, обеспечивать ее защиту таким же образом, каким обеспечиваем ее мы сами.

Доступ и исправление ваших личных данных
Вы имеете право обратиться с запросом о предоставлении копии ваших личных данных для подтверждения ее полноты и точности. Направляйте ваш конфиденциальный запрос по адресу, указанному ниже, поскольку ваш запрос должен быть в письменном виде. Пожалуйста, укажите свои имя и фамилию, адрес и номер страхового полиса, а затем заверьте свою подпись у нотариуса. Это требуется для обеспечения защиты ваших данных, чтобы позволить нам подтвердить вашу личность.

Когда это требуется законом, мы исправим и внесем поправки в хранящиеся у нас личные данные. Если мы не согласимся с тем, что данные указаны неверно, вы можете обратиться с запросом о том, чтобы мы внесли в ваше личное дело пометку об опровержении точности данных.

Внесение изменений в нашу практику
Мы можем внести изменения в установленный нами порядок использования конфиденциальной информации с целью предоставить еще более качественную защиту. Если мы внесем изменения, по существу, в установленный нами порядок использования конфиденциальной информации, мы уведомим об этом наших действительных клиентов в письменном виде.

Свяжитесь с нами
Если у вас возникли какие-либо вопросы по поводу нашей программы обеспечения конфиденциальности, вы можете обратиться к нам по тел. (800) 794-5390 или написать нам по адресу:

LifeMap Privacy Official
P.O. Box 1271, Mailstop E12P
Portland, OR 97207

Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации компании LifeMap CN (янв. 2018 год)

Льготы исключительно для членов профсоюза

Кредитный союз Northwest Community Credit Union При открытии нового счета в кредитном союзе Northwest Community Credit Union члены профсоюза получат специальное предложение.

Гостиница Great Wolf Члены профсоюза получать скидку до 30% от наиболее выгодной цены, доступной на момент бронирования.

Ипотечный заимодатель Resident Lending Компания Resident Lending является ипотечным брокером, который специализируется в обучении участников процессу приобретения собственного дома. Заимодатель предлагает традиционные, особые и «нестандартные» варианты ипотечного кредитования.

Клиники Bright Now! Стоматологическое обслуживание Члены профсоюза и их семьи имеют право на получение скидки на стоматологическое обслуживание в клиниках Bright Now! Члены профсоюза, не имеющие страхования стоматологического обслуживания, могут сэкономить до 35% от средней стоимости большинства стоматологических процедур. Члены профсоюза, имеющие страхование стоматологического обслуживания, могут извлечь наибольшую выгоду из текущего стоматологического страхования при посещении клиник Bright Now!

Клиники Sunrise Dental Члены профсоюза, не имеющие страхования стоматологического обслуживания, имеют право на получение скидки на стоматологическое обслуживание в клиниках Sunrise Dental. Члены профсоюза, имеющие страхование стоматологического обслуживания, получат кредит, предназначенный для новый пациентов.

Страхование автомобиля и дома Члены профсоюза имеют возможность защитить свой автомобиль и дом благодаря специальным тарифам и многочисленным скидкам.

Дополнительное страхование Aflac Программа Aflac предлагает гарантированные возобновляемые страховые полисы, в том числе страхование от несчастных случаев, больничное компенсационное страхование, стоматологическое страхование и страхование от раковых и определенных других заболеваний. Сумма страхового пособия определяется заранее и выплачивается в дополнение к любому другому страхованию, которое может у вас быть.

Программа умных сбережений и льготы программы Union PlusЧлены профсоюза могут получить скидки в режиме онлайн. К их числу относятся скидки на путешествия, аренду автомобилей, услуги телефонной связи, тематические парки, рестораны и многое другое.

Программа ипотечного кредитования Члены профсоюза имеют доступ к особым вариантам кредитования посредством программ ипотечного кредитования SEIUMB и Union Plus.

Бесплатная юридическая консультация Члены профсоюза могут получить бесплатную юридическую консультацию и юридические услуги со скидкой в рамках программы юридического обслуживания Union Plus.

Программа выдачи стипендий Местное отделение 503 профсоюза SEIU предлагает два вида одногодичных стипендий действительным членам профсоюза, их супругам, гражданским супругам, детям и внукам.

Программа выдачи рецептурных лекарственных препаратов У членов профсоюза имеется доступ к Орегонской программе покрытия расходов на приобретение рецептурных препаратов (OPDP), предлагаемой штатом Орегон. Члены профсоюза, не имеющие медицинского страхования или имеющие медицинское страхование, но желающие получить помощь в оплате расходов на приобретение рецептурных препаратов, могут воспользоваться скидками, доступными в рамках программы OPDP.

Страхование домашних животных Помогите обеспечить вашему домашнему питомцу наиболее качественный уход благодаря страхованию домашних животных.

Стратегии и обучение по вопросам выхода на пенсию Финансовые проблемы могут усложнить процесс достижения вами своих целей. Планирование выхода на пенсию поможет вам понять, каким образом устроен финансовый сектор и найти продукты и услуги, наилучшим образом отвечающие вашим потребностям при выходе на пенсию. Члены местного отделения 503 профсоюза получают доступ к бесплатным занятиям на тему финансов и анализу вашей финансовой ситуации, не требующих никаких затрат или обязательств с вашей стороны. *Консультационные услуги по ценным бумагам и инвестициям предлагаются компанией Transamerica Financial Advisers, Inc. (TFA), являющейся членом FINRA (Агентство по регулированию деятельности финансовых институтов), SPIC (Корпорация по защите инвесторов в ценные бумаги), а также зарегистрированным консультантом по вопросам инвестирования средств. TFA97880-0918.*

Программа льгот для членов профсоюза (SEIUMB) Члены профсоюза и их семьи имеют доступ к программе льгот, предусмотренной международным профсоюзом SEIU. Члены профсоюза имеют доступ к эксклюзивным скидкам, финансовым услугам и образовательным льготам, включая БЕСПЛАТНОЕ и недорогое обучение в онлайн-колледже.

Для получения информации о порядке получения доступа к этим льготам, см. справочник льгот для членов профсоюза на следующей странице.

Справочник льгот для членов профсоюза

Гостиница Great Wolf Посетите веб-сайт **greatwolf.com** или позвоните по тел. 1.866.925.WOLF (9653). Используйте кодовое слово: SEIU503 для получения корпоративной скидки. Для получения скидки вам потребуется предоставить подтверждения вашего членства в местном отделении 503 профсоюза SEIU во время регистрации.

Дополнительное страхование Aflac По вопросам регистрации звоните по бесплатному номеру 1.855.734.8503.

Ипотечный заимодатель Resident Lending Получите доступ к ссылке на раздел обучения и ресурсов для членов профсоюза SEIU, посетив веб-сайт **residentlendinggroup.com** or call 1.503.589.1999.

Клиники Bright Now! Стоматологическое обслуживание Для получения списка поставщиков услуг, принимающих участие в программе, посетите веб-сайт**brightnow.com** или отправьте эл. письмо по адресу robert.etulain@smilebrands.com.

Кредитный союз Northwest Community Credit Union Посетите местное отделение кредитного союза Northwest Community Credit Union или позвоните по тел. 1.800.452.9515 для того, чтобы завершить 15-минутную беседу по вопросам финансового благополучия и заработать бонус при открытии банковского счета. Для получения бонуса достаточно сообщить, что вы являетесь членом местного отделения 503 профсоюза SEIU.

Орегонская программа покрытия расходов на приобретение рецептурных препаратов Для оформления запроса на выдачу вам дисконтной карты на приобретение рецептурных препаратов посетите веб-сайт **oregon.gov/oha/hpa/csi-opdp.**

Программа Union Plus Для получения доступа к скидкам на аренду автомобилей, скидкам на сотовую связь от оператора AT&T, бесплатной юридической консультации, скидкам на путешествия и развлечения, на страхование домашних животных, а также к программе ипотечного кредитования Union Plus, посетите веб-сайт **unionplus.org**. При создании вашего личного имени пользователя укажите «Service Employees International Union» (международный профсоюз работников сферы обслуживания) в качестве вашего профсоюза.

Программа выдачи стипендий Посетите веб-сайт **oregonstudentaid.gov** для подачи заявления на участие в программе выдачи стипендий для членов местного отделения 503 профсоюза SEIU.

Программа льгот для членов профсоюза (SEIUMB) Для получения информации об эксклюзивных скидках, финансовых услугах и образовательных льготах, включая БЕСПЛАТНОЕ обучение в онлайн-колледже, посетите веб-сайт **SEIUMB.com.**

Программа умных сбережений от компании Motivano Посетите веб-сайт **smartsavings.motivano.com**. Создайте свое собственное имя пользователя и пароль после введения имени пользователя seiulocal503 и пароля: Marketplace1 (имя пользователя и пароль вводятся с учетом регистра клавиатуры и пробелов).

Стоматологическая клиника Sunrise Dental С перечнем филиалов можно ознакомиться на веб-сайте **sunrisedental.com**.

Стратегии и обучение по вопросам выхода на пенсию Получите доступ к бесплатным занятиям на тему финансов и анализу вашей финансовой ситуации, не требующих никаких затрат или обязательств с вашей стороны. Обращайтесь к Джейсону Гамильтон (Jason Hamilton) по тел. 1.503.684.4010, доб. 385.

Страхование домашних животных По вопросам страхования домашних животных обращайтесь в Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот по эл. почте membershipadvantages@seiu503.org или по тел. 503.576.4440 или 1.844.503.SEIU (7348).

Страхование жизни По вопросам регистрации и порядка страхования обращайтесь в Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот по эл. почте membershipadvantages@seiu503.org или по тел. 503.576.4440 или 1.844.503.SEIU (7348).

Страхование от компании MetLife Для получения расценок на страхование автомобилей или домовладельцев звоните по тел. 1.855.734.8503 и сообщите код скидки, предусмотренной местным отделением 503 профсоюза SEIU: C42.

Страхование юридической защиты По вопросам регистрации обращайтесь в Отдел обслуживания членов профсоюза по вопросам получения льгот по эл. почте membershipadvantages@seiu503.org или по тел. 503.576.4440 или 1.844.503.SEIU (7348). Для получения доступа к информации о страховании посетите веб-сайт **araglegalcenter.com** и воспользуйтесь кодом доступа 10540SEI или позвоните по тел. 1.800.247.4184.

SEIU Local 503

1.844.503.SEIU (7348)

Головной офис в Сейлеме

1730 Commercial St. SE, Salem, OR 97302

Филиал в городе Бенд

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

Филиал в городе Юджин

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

Филиал в городе Медфорд

1257 North Riverside Suite #7, Medford, OR 97501

Филиал в городе Пендлтон

920 SW Frazer Ave., Pendleton, OR 97801

Филиал в городе Портленде

6401 SE Foster Road, Portland, OR 97206

2019