
JOINT BENEFIT TRUST

ADMINISTRATOR
4160 Dublin Blvd., Suite 100
Dublin, California 94568-7755
PHONE: (925) 833-7306
FAX: (925) 833-7301

CHAIR, Maria Ashley Alvarado
CO-CHAIR, Stacey Cue

EARLY PLAN TRANSFER AGREEMENT FOR SEASONAL MEDICAL BENEFITS PLAN PARTICIPANTS (Pre 7/1/2003 Three-Years Seniority)

I hereby elect not to participate in my Joint Benefit Trust Seasonal Medical Benefits Plan ("the Plan"). I am aware of, and understand all the benefits available to eligible employees but I agree to release and hold harmless the Joint Benefit Trust and its Trustees of any obligation to provide any medical benefits for myself and/or my eligible dependents. I understand that by electing not to participate in the Plan I will be automatically enrolled in the Seasonal Benefits Plan (which provides only dental and vision coverage, not medical coverage) and will not be able to re-enroll in the Seasonal Medical Benefits Plan in the future, as the Seasonal Medical Benefits Plan will terminate effective 7/1/2027.

MEMBER/PLAN PARTICIPANT

Name: _____

SSN: _____

Address: _____

City: _____ State: _____

Zip: _____

Telephone #: _____

If in the future the Board of Trustees for the Joint Benefit Trust changes the rules regarding early plan transfers, I understand any modification of the rules will apply to me.

By signing below, I certify that I have read this agreement, that I know and understand the meaning and intent of this agreement and that I am entering this agreement knowingly and voluntarily

Signature: _____

Date: _____

JOINT BENEFIT TRUST

ADMINISTRATOR
4160 Dublin Blvd., Suite 100
Dublin, California 94568-7755
PHONE: (925) 833-7306
FAX: (925) 833-7301

CHAIR, Maria Ashley Alvarado
CO-CHAIR, Stacey Cue

ACUERDO DE TRANSFERENCIA ANTICIPADA DEL PLAN PARA LOS PARTICIPANTES DE TEMPORADA DE BENEFICIOS MEDICOS (con Tres años de antigüedad antes del 7/1/2003)

Por la presente elijo no participar en mi Joint Benefit Trust Plan de Beneficios Médicos de Temporada ("el Plan"). Estoy consciente de y entiendo todos los beneficios disponibles para los empleados elegibles, pero acepto liberar y exentar de responsabilidad a Joint Benefit Trust y a sus Fideicomisarios de cualquier obligación de proporcionar beneficios médicos para mi y/o mis dependientes elegibles. Entiendo que al optar por no participar en el Plan seré automáticamente inscrito en el Plan de Beneficios de Temporada (que solo ofrece cobertura dental y de visión, no cobertura médica) y no podre volver a inscribirme en el Plan de Beneficios Médicos de Temporada en el futuro, ya que el Plan de Beneficios de Temporada terminara a partir del 7/1/2027

MIEMBRO/PARTICIPANTE DEL PLAN

Nombre: _____

SSN: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Área postal: _____

Teléfono: _____

Si en el futuro El Consejo de Fideicomisarios de Joint Benefit Trust modifica las normas relativas a las transferencias anticipadas, entiendo que cualquier modificación se aplicara mi.

Al firmar a continuación, certifico que conozco y comprendo el significado y la intención de este Acuerdo, y que estoy entrando de manera consciente y voluntaria.

Firma: _____

Fecha: _____