

---

## 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: \_\_\_\_\_