

# FORMULARIO DE ELECCIÓN PARA EMPLEADOS

(El presente no es una solicitud de seguro)

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: \_\_\_\_\_

COBRA/Estado de inscripción

Empleado nuevo  Adición de dependientes

Cambio en la cobertura

NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

Inscripción abierta  Actualización de información

Renuncia a la cobertura

## Información demográfica del empleado

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Número del seguro social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Estado Civil  Soltero  Divorciado  Casado  Pareja de hecho Fecha de matrimonio Fecha de contratación \_\_\_\_\_

Horas por semana \_\_\_\_\_ Salario anual \_\_\_\_\_ Clase de beneficio \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Centro de costo \_\_\_\_\_

## Nivel de cobertura: elección para el empleado y para todos los dependientes cubiertos. Si no hace una elección, deje el casillero vacío.

	Nombre	Fecha de nacimiento	Número del seguro social	Sexo F/M	Médico	Dental	Visión	n.º del PCP	Paciente actual Si/No	n.º dental	Tarjeta de débito Si/No
Emp. Eleg.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cónyuge/ P. de hecho					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dep.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dep.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dep.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dep.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

## Información del seguro médico/dental

¿Usted o unos de sus dependientes reciben beneficios de Medicare?  No  Si Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_ Parte A \_\_\_\_\_ Parte B \_\_\_\_\_  
N.º de Medicare: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted o algunos de sus dependientes cobertura médica/dental con otro seguro?  No  Si Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_  
Fecha de terminación: \_\_\_\_\_ Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del poseedor de la póliza: \_\_\_\_\_  Póliza individual  Empleador del cónyuge

## Elección de beneficios: marque el tipo de plan. Escriba la descripción del plan y el beneficio y la cantidad donde sea necesario.

Plan médico: \_\_\_\_\_  Plan médico: \_\_\_\_\_

Plan médico: \_\_\_\_\_  Plan médico: \_\_\_\_\_

Plan de Acuerdo de Reembolso de Salud o (HRA): \_\_\_\_\_

Plan dental: \_\_\_\_\_  Plan dental: \_\_\_\_\_

Plan de la visión: \_\_\_\_\_  Plan de la visión: \_\_\_\_\_

Seg. de vida grupal  Seg. de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) grupal  Discapacidad a corto plazo (STD) grupal  Discapacidad a largo plazo (LTD) grupal

Seg. comp. de vida p/ empleado Cantidad del beneficio: \_\_\_\_\_  Seg. por AD&D comp. p/ empleado Cantidad del Beneficio: \_\_\_\_\_

Seg. comp. de vida p/ cónyuge Cantidad del Beneficio: \_\_\_\_\_  Seg. por AD&D compl. p/cónyuge Cantidad del Beneficio: \_\_\_\_\_

Seg. de vida p/ dependiente Cantidad del Beneficio: \_\_\_\_\_  Seg. por AD&D p/ dependiente Cantidad del Beneficio: \_\_\_\_\_

Seg. por STD voluntario Cantidad del Beneficio: \_\_\_\_\_  Seg. por LTD voluntario Cantidad del Beneficio: \_\_\_\_\_

**Renuncia a la cobertura**  No está interesado(a)  Cobertura de Grupo en otro lugar – Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Medicare/Medicaid  Cobertura individual en otro lugar  Área de servicio fuera de la Compañía  Subsidio Federal/Intercambio público

Por el presente certifico que me han explicado los beneficios que me otorga mi empleador, que me han dado la oportunidad de elegir cobertura y que he rechazado de manera voluntaria a participar en los beneficios ofrecidos. Entiendo que se me puede pedir que espere hasta el próximo periodo de inscripción abierta o hasta que ocurra un evento de inscripción especial para obtener cobertura médica o dental, o que se me solicite que proporcione evidencia de asegurabilidad para beneficios de vida o discapacidad. Certifico esta elección según la declaración de certificación que figura en la página correspondiente de esta solicitud.

FIRMA DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_ FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Número del seguro social \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN:** *si tiene preguntas sobre los beneficios y servicios que se ofrecen en o se excluyen en este acuerdo, contáctese con un representante de Servicios de la Membresía antes de firmar este formulario de elección.*

Por el presente me inscribo en mi nombre y en el de cada dependiente que está en el formulario de elección. Si se acepta este formulario, se proporcionará cobertura de acuerdo con los términos y las condiciones del acuerdo entre la compañía de seguros y mi empleador. Acepto pagar los cargos actuales y futuros por cobertura provista en exceso en cualquier contribución del empleador. Cualquier persona que consciente y voluntariamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y puede terminar en prisión. He leído atentamente este formulario y acepto sus términos. Las respuestas registradas en este formulario son, a mi leal saber y entender, completas y verdaderas a partir de esta fecha. Certifico que soy el cónyuge, el padre, el tutor legal (el dependiente ha sido colocado en mi hogar por adopción) de los dependientes que figuran en el formulario y que dependen de mí para la manutención primaria, según lo define el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS).

**Seguro de vida: información del beneficiario**

	Nombre del beneficiario del grupo de seguro de vida y por AD&D	Parentesco	Porcentaje
Primario	_____	_____	_____
Primario	_____	_____	_____
Contingente	_____	_____	_____
Contingente	_____	_____	_____

	Nombre del beneficiario del seguro de vida voluntario y por AD&D del empleado	Parentesco	Porcentaje
Primario	_____	_____	_____
Primario	_____	_____	_____
Contingente	_____	_____	_____
Contingente	_____	_____	_____

	Nombre del beneficiario del seguro de vida voluntario y por AD&D del cónyuge	Parentesco	Porcentaje
Primaria	_____	_____	_____
Primaria	_____	_____	_____
Contingente	_____	_____	_____
Contingente	_____	_____	_____

	Nombre del beneficiario del seguro de vida voluntario y por AD&D del dependiente	Parentesco	Porcentaje
Primaria	_____	_____	_____
Primaria	_____	_____	_____
Contingente	_____	_____	_____
Contingente	_____	_____	_____

**Acuerdo HRA de Amwins Connect Administrators: Información Importante**

Las elecciones en el plan HRA son vinculantes para todo el Año del Plan y no se pueden revocar, modificar ni enmendar, a menos que se deba a un cambio limitado en el estado familiar. Bajo pena de perjurio, usted acepta usar la tarjeta de débito únicamente para cubrir gastos elegibles que no estén cubiertos por ningún otro plan. Usted es responsable de proporcionar pruebas para respaldar los gastos reembolsados y acepta que cualquier gasto reembolsado que luego se descubre que no es elegible se descuenta de su cheque de pago por su empleador. Al elegir el plan HRA, usted autoriza la divulgación de información de reclamos a su empleador y a Amwins Connect Administrators, el administrador de servicios externo para este plan.

# FORMULARIO DE ELECCIÓN PARA EMPLEADOS-ANEXO

(El presente no es una solicitud de seguro)

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_ Número del seguro social \_\_\_\_\_

**Nivel de Cobertura: haga las elecciones para todos los dependientes cubiertos. Si no hace una elección, deje el casillero vacío.**

Nombre	Fecha de nacimiento	Número del seguro social	Sexo	Médico	Dental	Visión	n.º del PCP	Paciente actual Si/No	N.º de dental	Tarjeta de Débito Si/No
Dep.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dep.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dep.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dep.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dep.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**Elección de beneficios: marque el tipo de plan. Escriba la descripción del plan, el beneficio y la cantidad donde sea necesario**

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plan adicional: _____ | Cantidad de beneficio: _____ |
| <input type="checkbox"/> Plan adicional: _____ | Cantidad de beneficio: _____ |
| <input type="checkbox"/> Plan adicional: _____ | Cantidad de beneficio: _____ |
| <input type="checkbox"/> Plan adicional: _____ | Cantidad de beneficio: _____ |

**Seguro de Vida: información adicional beneficiaria**

<b>Plan:</b> _____	<b>Parentesco</b>	<b>Porcentaje</b>
Primario _____	_____	_____
Primario _____	_____	_____
Contingente _____	_____	_____
Contingente _____	_____	_____
 <b>Plan:</b> _____	 <b>Parentesco</b>	 <b>Porcentaje</b>
Primario _____	_____	_____
Primario _____	_____	_____
Contingente _____	_____	_____
Contingente _____	_____	_____