

Formulario de inscripción / cambio de beneficios

Empleado	Nombre de pila:	Inicial:	Apellido:	SSN:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	Dirección:	Apt./Ste.	Ciudad:	Provincia:	Código Postal:		
	Fecha de nacimiento:	Fecha de contratación:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado	Número de teléfono:	Correo Electrónico:		
Inscripción	Tipo de inscripción:	<input type="checkbox"/> Nueva inscripción	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Evento clasificatorio	<input type="checkbox"/> Disminución (Ver la sección de disminución)		
	Tipo de evento de calificación: (si es aplicable)	<input type="checkbox"/> Matrimonio / Divorcio	<input type="checkbox"/> Nacimiento / Muerte	<input type="checkbox"/> Mandato judicial			
		<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura	<input type="checkbox"/> Reducción de horas	<input type="checkbox"/> Cambiar nombre / dirección			
	<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Médico	Elección de plan médico:	<input type="checkbox"/> Plan de Copago		<input type="checkbox"/> Disminución (Ver la sección de disminución)			
	Cobertura del plan médico:	<input type="checkbox"/> Empleado solamente	<input type="checkbox"/> Empleado + Hijos	<input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/> Familia		
Dependiente	Nombre	SSN	Fecha de nacimiento	Relación	Sexo (M/F)	Discapacitado (S/N)	Incluir en el plan médico (S/N)
Disminución	<input type="checkbox"/> Entiendo que los beneficios proporcionados por el Contrato de Seguro de Grupo bajo las regulaciones de ERISA incluyen coberturas de Salud y / o Dental. He revisado y entendido las opciones de beneficios y los requisitos presentados aquí. Entiendo que no puedo ser elegible para inscribirme a mí mismo ya los dependientes si deseo solicitar la cobertura en una fecha posterior, a menos que califique para inscribirme en una fecha posterior de acuerdo con las condiciones especiales de inscripción.						
Otra información de seguro	<input type="checkbox"/> No tengo otra cobertura de seguro		<input type="checkbox"/> Me he inscrito a través del mercado estatal o federal				
	<input type="checkbox"/> Tengo otra cobertura de seguro		<input type="checkbox"/> Tengo otra cobertura de seguro, pero tengo la intención de cancelar esa cobertura				
	Nombre del Asegurado:			Fecha de nacimiento del asegurado:			
	Insurance Co. Nombre:			Insurance Co. Dirección:			
	Número de póliza:			Número de grupo:			
Nombres de los individuos cubiertos:							
Autorización del empleado	<input type="checkbox"/> Entiendo que tengo la opción de pagar las primas de mi plan de salud patrocinado por el empleador mediante una reducción antes de impuestos de mi salario. Entiendo que si esta cantidad aumenta o disminuye durante el año del plan, mi reducción salarial se ajustará para reflejar ese aumento o disminución. Por la presente, solicito la cobertura para la cual estoy ahora o puede ser elegible bajo esta póliza de grupo. Por la presente autorizo la deducción de mis ingresos de la contribución requerida, si la hay, para el costo de dicha cobertura. Autorizo el pago de beneficios médicos a todos los proveedores, cuando corresponda, para los cargos cubiertos por mis beneficios de seguro de grupo. Autorizo a HealthEZ o de cualquier información médica incluyendo copias de los expedientes médicos o información de seguro como sea necesario para la adjudicación de reclamaciones, revisión de utilización o coordinación de beneficios.						
<input type="checkbox"/> A mi leal saber y entender, la información que he proporcionado en este formulario es completa y correcta. Reconozco que los términos de la Descripción Resumen del Plan gobiernan todos los pagos realizados por los Planes.							

Firma del empleado

Fecha