



VSI

219300-ESG

SÓLO USO DE OFICINA

LOCATION _____

Rehire Date ___/___/_____

FORMULARIO DE REGISTRO

ESC UNACwbi*MN P1 v23.1

A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO**LETRA DE IMPRENTA, TINTA NEGRA o AZUL (Contestar todo)**

Nombre	# de Seguro Social	Teléfono	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Dirección			Apt. #
Ciudad	Estado	Código Zip	Fecha de nacimiento / /

B. ¿USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES TIENE MEDICARE? Sí No. Si contestó "Sí":

Número de reclamo al seguro de salud de Medicare (HICN)

Fecha efectiva de Medicare

Nombre de la(s) persona(s) cubierta(s):

1.

2.

3.

C. SELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS LIMITADOS**Pagos deducidos del cheque**

Usted **DEBE** seleccionar un nivel de cobertura antes de añadir ningún beneficio de la Sección C. Su nivel de cobertura será idéntica para cada beneficio de la Sección C. El plans de médico de compensación fija, dental, seguro de vida, y discapacidad a corto plazo tienen el aval de BCS Insurance Company y 4 Ever Life Insurance Company. El plan de la vista tiene el aval de Companion Life Insurance Company.

	PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ¹			PLAN DENTAL			PLAN DE LA VISTA			SEGURO DE VIDA			DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO ²		
	semanal	bisemanal	dos veces por mes	semanal	bisemanal	dos veces por mes	semanal	bisemanal	dos veces por mes	semanal	bisemanal	dos veces por mes	semanal	bisemanal	dos veces por mes
Solo empleado <input type="checkbox"/>	\$19.96	\$39.92	\$43.25	\$6.17	\$12.34	\$13.37	\$1.67	\$3.33	\$3.61	\$0.60	\$1.20	\$1.30	\$4.20	\$8.40	\$9.10
Empleado +1 <input type="checkbox"/>	\$40.51	\$81.02	\$87.77	\$12.34	\$24.68	\$26.74	\$3.33	\$6.66	\$7.22	\$0.90	\$1.80	\$1.95	-	-	-
Empleado + Familia <input type="checkbox"/>	\$54.09	\$108.18	\$117.20	\$20.36	\$40.72	\$44.11	\$5.28	\$10.57	\$11.45	\$1.80	\$3.60	\$3.90	-	-	-
NO a TODOS los beneficios <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¹ Cobertura no disponible a residentes de NH, HI o PR. ² STD no está disponible para personas que residen en CA, HI, NJ, NY, or RI.

Escriba la información del beneficiario de su seguro de vida y del seguro por muerte accidental y pérdida de miembros. El seguro por muerte accidental y pérdida de miembros es parte del beneficio del seguro de vida.

Nombre	Relación
--------	----------

D. INFORMACIÓN REQUERIDA SOBRE LOS DEPENDIENTES

Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico
Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico
Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico
Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico

F. FIRMA REQUERIDA**DEBE FIRMAR Y PONER LA FECHA AUNQUE DECLINE LA COBERTURA**

Al firmar abajo, confirmo que leí el Resumen de beneficios y las Limitaciones y exclusiones de los planes de beneficios recomendados. Entiendo que los pagos semanales o bisemanales, que se indican anteriormente, se deducirán basándose en mi asignación; que el período de registro está disponible por un tiempo limitado; que no hacer una selección de beneficios es rechazar la cobertura y que la cobertura de beneficios sólo está disponible para empleados mayores de 18 años.

FECHA ___/___/_____

▶ FIRMA