



# FORMULARIO DE REGISTRO

ESC UNACwbi\*MN P1 v24.1

## 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 <sup>1</sup>	PLAN DENTAL <sup>1</sup>	PLAN DE LA VISTA <sup>1</sup>	SEGURO DE VIDA <sup>1</sup>	DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO <sup>1,2</sup>
Solo empleado <input type="checkbox"/>	\$19.96	\$6.17	\$1.67	\$0.60	\$4.20
Empleado + 1 <input type="checkbox"/>	\$40.51	\$12.34	\$3.33	\$0.90	-
Empleado + Familia <input type="checkbox"/>	\$54.09	\$20.36	\$5.28	\$1.80	-
<b>NO</b> a TODOS los beneficios <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

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

Se descontarán las primas cada vez que se haga una deducción a su cheque de pago. Arriba se muestra la cantidad para las nóminas semanales; para otros ciclos de pago (cada 2 semanas, dos veces al mes, o mensuales) la cantidad que se deduzca se prorrateará basándose en las cantidades mensuales que se indican arriba. Por ejemplo: Cada dos semanas - el pago semanal se multiplicará por 52 y se dividirá entre 26; dos veces al mes - el pago semanal se multiplicará por 52 y se dividirá entre 24; mensual - el pago semanal se multiplicará por 52 y se dividirá entre 12.

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 periodo 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 con un Numero de Seguro Social (SSN) válido.

FECHA ___/___/_____	► FIRMA
---------------------	---------