

VSI **219301-ESG-1**

SÓLO USO DE OFICINA LOCATION _____

Rehire Date __/__/_____

FORMULARIO DE REGISTRO

ESC UNACwb*MN P1 v22.0

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	semanal	bisemanal	semanal	bisemanal	semanal	bisemanal	semanal	bisemanal
Solo empleado	<input type="checkbox"/> \$19.96	<input type="checkbox"/> \$39.92	\$6.17	\$12.34	\$2.42	\$4.84	\$0.60	\$1.20	\$4.20	\$8.40
Empleado + 1	<input type="checkbox"/> \$40.51	<input type="checkbox"/> \$81.02	\$12.34	\$24.68	\$4.92	\$9.84	\$0.90	\$1.80	-	-
Empleado + Familia	<input type="checkbox"/> \$54.09	<input type="checkbox"/> \$108.18	\$20.36	\$40.72	\$6.56	\$13.12	\$1.80	\$3.60	-	-
	<input type="checkbox"/> NO a TODOS los beneficios		<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 Beneficios de discapacidad a corto plazo no disponibles a trabajadores de CA, HI, NJ, NY o 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**

He leído el resumen de beneficios y comprendo sus limitaciones. Entiendo que el registro está disponible sólo por un tiempo limitado y entiendo que el no hacer una selección de la cobertura de beneficios significa rechazarla.

FECHA __/__/_____

▶ FIRMA