



GROUP BENEFIT SERVICES, INC.
6 NORTH PARK DRIVE, SUITE 310
HUNT VALLEY, MD 21030
PHONE: 410-832-1300 OR 800-638-6085
FAX: 410-832-1316

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: _____

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).

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 _____

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: _____

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 GBS: 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 descubra 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 Group Benefit Services, Inc., 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

Plan: _____	Parentesco	Porcentaje
Primario _____	_____	_____
Primario _____	_____	_____
Contingente _____	_____	_____
Contingente _____	_____	_____
 Plan: _____	 Parentesco	 Porcentaje
Primario _____	_____	_____
Primario _____	_____	_____
Contingente _____	_____	_____
Contingente _____	_____	_____