

Instrucciones: esta forma le proporciona las diferentes opciones que usted puede elegir. Indique su opción de beneficio marcando la casilla al lado de las opciones de beneficio deseadas. **Complete esta forma y regrésela a Recursos Humanos.**

Sera completada por el EMPLEADOR			
Fecha de Contratación/Recontratación:		Título de Trabajo:	
Ubicación:			
Fecha Efectiva de Cambio/Cobertura		Razón	
Clase		# de Empleado	
<input type="checkbox"/> Inscripción Abierta <input type="checkbox"/> Nuevo Contratado <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Reinstalar			

Sera completado por el EMPLEADO			
Primer Nombre:		# de Teléfono:	
Apellido:		Fecha de Nacimiento:	(mes/día/año)
Dirección de Casa:		# de Seguro Social:	
		Genero:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ciudad:		Estado Matrimonial:	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Compañero/a Domestico/a
Estado:			
Código Postal:			
Dirección Electrónica:			

Medico, Dental, Vision & Vida / MA&D (marque los planes en que quiere inscribirse)					
Plan Medico	<input type="checkbox"/> Elijo Cobertura	<input type="checkbox"/> Rechazo Cobertura	Plan Dental	<input type="checkbox"/> Elijo Cobertura	<input type="checkbox"/> Rechazo Cobertura
Vida / MA&D	<input type="checkbox"/> Elijo Cobertura	<input type="checkbox"/> Rechazo Cobertura	Plan de Visión	<input type="checkbox"/> Elijo Cobertura	<input type="checkbox"/> Rechazo Cobertura

Información y Elecciones de Dependientes (marque los planes en que quiere inscribir a sus dependientes, use una forma adicional para mas dependientes)							
Agregar	Quitar	Primer Nombre	Apellido	Relación al Empleado	# de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Genero
<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

IMPORTANTE: Todos los empleados deben leer y firmar la parte trasera de esta forma para que la cobertura de inicio.

Beneficiario de Seguro de Vida y MA&D					
Beneficiarios	Nombre	Relación	% de Beneficio	# de Seguro Social	Dirección

Primario					
Primario					
Secundario					
Secundario					

Entiendo que marzo de 2019 es el período de inscripción abierta, para la fecha de vigencia del 1 de abril de 2019, y esta es mi oportunidad para hacer cambios en mi participación en el Plan de Beneficios para Empleados. Entiendo que no seré elegible para hacer cambios a mi participación en el Plan de Beneficios para Empleados hasta el 1 de abril de 2020 (a menos que yo o mis dependientes elegibles califiquemos para un cambio de estado familiar o que haya perdido cobertura en otro lugar) La inscripción futura estará sujeta a limitaciones. Entiendo que los empleados no pueden pagar las primas del seguro médico de su pareja con dólares antes de impuestos, a menos que la pareja califique como dependiente. Además, los montos pagados por la compañía para la cobertura de parejas domésticas son tratados como ingreso imponible para el empleado.

Entiendo que dependientes elegibles incluyen: mi cónyuge legalmente casado, pareja doméstica (las parejas domésticas registradas en el estado de Washington reciben el mismo trato que un cónyuge) y mi y/o los hijos dependientes de mi cónyuge/pareja domestica hasta los 26 años de edad (independientemente del estado civil, el estado del estudiante o la elegibilidad para la cobertura bajo otro plan). Reconozco que cualquier persona en esta solicitud de cobertura son mis dependientes, como se describe en el Plan. Estoy de acuerdo en que la falsificación de cualquier declaración en mi solicitud puede barrer el derecho a la cobertura bajo el Plan. Reconozco que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Estoy de acuerdo en que la falsificación de cualquier declaración en mi solicitud puede impedir el derecho a la cobertura bajo el Plan. Reconozco que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Además, entiendo que es mi obligación notificar a mi empleador cuando mi cónyuge, pareja doméstica o hijo ya no cumple con los requisitos de elegibilidad descritos en el Plan. Una vez que una persona no cumple con la definición del Plan de un dependiente, ya no son elegibles para los beneficios. Entiendo que los Empleados no pueden pagar las primas de seguro de salud de su pareja doméstica con dólares antes de impuestos a menos que el socio califique como dependiente. Además, las cantidades pagadas por la empresa por la cobertura de su pareja domestica se tratan como ingresos imposables para el empleado.

He proporcionado estas respuestas como parte del procedimiento de solicitud requerido por los emisores para inscribirme en la cobertura y reconozco que toda la información completada en este formulario es verdadera, correcta y completa. Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro. Todos los beneficios se regirán por los términos de los contratos de beneficios. Mi firma a continuación indica que he leído y entiendo este formulario de inscripción y materiales descriptivos proporcionados.

Reconozco y entiendo que mi plan de salud puede solicitar o revelar información de salud sobre mí o mis dependientes (personas que son elegibles para la cobertura de beneficios y se enumeran en el formulario de inscripción) con el propósito de facilitar el tratamiento de la atención médica, el pago o para fines comerciales Las operaciones necesarias para administrar los beneficios del cuidado de la salud; O según lo requerido por la ley. * La información médica solicitada o divulgada puede estar relacionada con el tratamiento o servicios realizados por: un médico, dentista, farmacéutico u otro profesional de la salud física o del comportamiento; Una clínica, hospital, cuidado a largo plazo u otra institución médica; Cualquier otra institución que proporcione cuidados, consultas, productos farmacéuticos o suministros; O una compañía de seguros o un plan de salud de grupo. La información de salud solicitada o divulgada puede incluir, pero no está limitada a: registros de reclamaciones, correspondencia, expedientes médicos, estados de facturación, informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales o registros hospitalarios (incluyendo registros de enfermería y notas de progreso). Este reconocimiento no se aplica a la obtención de información sobre notas de psicoterapia. Se utilizará una autorización separada para notas de psicoterapia. * Para más información sobre tales usos y divulgaciones, incluyendo usos y revelaciones requeridos por la ley, por favor refiérase a la Política de Privacidad del transportista. Una copia está disponible en cada sitio web de la compañía o por teléfono.

Para los residentes de Tennessee y Washington: Es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Firma del Empleado/a	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Fecha
---	--

Medical benefits underwritten by Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc.
 Vision benefits underwritten by Principal Financial.
 Dental benefits underwritten by Principal Financial.
 Life benefits underwritten by Principal Financial.

Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc.
 601 Union St., Suite 3100, Seattle, WA 98101

8519300
 Principal Financial
 520 Pike Street #1400
 Seattle, WA 98101
 TBD