CASCADE DESIGNS®

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

Plan anual del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

SECCIÓN A: Informacion	ón del Emplea	ido							
Apellido Nombre			Inicial del segundo nombre		Número de Seguro Social		Sexo Femenino Masculino		Estado Civil Casado Soltero
Dirección					Fecha de nacimiento	0	Salario anual		Unidad de presupuesto
Direction					i echa de hacimiento				omada do produpacio
Ciudad Estado			Código Postal		Número de teléfono/celular		Ocupación		
Dirección de correo electrónico personal							Ubicación: ☐Seattle ☐ Reno		
SECCIÓN B: Beneficios	s pagados por	r el emplead	dor: Mutual of Om	naha					
Los siguientes beneficios son proporcionados por Cascade Designs sin costo para usted: Seguro de Vida y AD&D para empleados equivalente a 1 vez sus ingresos anuales hasta un máximo de \$50,000 (mínimo de \$20,000)									
(complete la designación del beneficiario en la parte posterior de esta página) Incapacidad a corto plazo del empleado al 50% de sus ingresos semanales Incapacidad a largo plazo del empleado al 60% de sus ingresos mensuales						ae enu	rada en vigencia:		
SECCION C: Beneficio				n por che	eque de pago)				
MÉDICO - RGA	<u> </u>		•		1 7 /				
Nivel de coherture / DEDE N	MADCAD LINIA CA	\CILLA\ .	Plan	tradicion	al		Plan de aho	orro pa	ra la salud
Nivel de cobertura (<u>DEBE N</u> Plan tradicional Pla					escuento de				escuento de bienestar*
	in de anomo de s	saiuu			bienestar*				
Solo para el empleado			\$47.00		\$34.50		2.50		\$0.00
Empleado + Cónyuge/pa	reja de hecho**		\$179.50		\$167.00	\$126.00			\$113.50
Empleado y un hijo			\$93.50		\$81.00	\$52.00			\$39.50
Empleado y dos o más hi			\$125.00		\$112.50	\$78.50			\$66.00
Empleado, cónyuge/pare			\$226.00		\$213.50	\$165.50			\$153.00
Empleado, cónyuge/pareja de hecho** y dos o más hijos		\$257.50		\$245.00	\$19	1.50		\$179.00	
Opto por renunciar a la co									
* Debe completar el cuestionar		de salud de RG	<u>A en línea antes de la </u>						`
DENTAL - Delta Dental de	Washington		* 5.00		- RGA (solo si se	e inscribe e	n un plan r	nedico	
Solo para el empleado			\$5.00 Solo para el empleado			- h h - **		\$0.00	
	Empleado + Cónyuge/pareja de hecho**		\$17.00		Empleado + Cónyuge/pareja de he		ecno ⁿⁿ		\$0.00
	Empleado y un hijo \$11.00 Empleado y un hijo				\$0.00				
			\$19.50		leado y dos o más hijos leado, cónyuge/pareja de hecho** y un hijo			\$0.00	
			\$23.00			, ,		\$0.00	
Empleado, cónyuge/pareja de hecho** y dos o más hijos \$31.50 Empleado, cónyuge/pareja de hecho** y dos o más hijos \$0.00						\$0.00			
☐ Elijo renunciar a la cobertura odontológica. ☐ Elijo renunciar a la cobertura oftalmológica.									
NOTA: Estos costos se deducirán de su cheque de pago antes de impuestos, a menos que informe a Recursos Humanos para que se haga de manera diferente. Las primas para parejas de hecho* y sus dependientes no se pueden deducir antes de impuestos a menos que se pueda cumplir el Código 152 del IRS. Además, la parte de la prima de CDI que contribuye a su cobertura se incluirá en su ingreso imponible. La Sección 125 del IRS regula que no será elegible para realizar cambios en su participación en el Plan de Beneficios para Empleados hasta el 1.º de enero de 2023 (a menos que experimente un evento calificado de cambio de estado a mitad de año). Una elección para reducir la compensación bajo el Plan reducirá su compensación para fines del Seguro Social y puede derivar en una reducción de los beneficios del Seguro Social a los que usted o su familia pueden tener derecho en el futuro.									
CONTRIBUCIÓN DE HSA (solo si se inscribe en un plan de ahorros para la salud)									
Las contribuciones se descontarán de sus cheques de pago de manera uniforme durante el período de tiempo aplicable.									
Contribución a la HSA del 1.° de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022 Sin contribución \$\sum_\$ = \sum_por cheque de pago									
NOTA: La contribución anual máxima para 2022 es de \$3,650 por persona o \$7,300 por familia. Esto incluye las contribuciones realizadas por CDI y cualquier contribución que ya haya realizado en 2022.									
Información del cónyuge/pareja de hecho* e hijo(s)									
			Nombr	e	Número de Segur Social	o Fecha nacimi		Ser	adir
					1			□ Der	ntal 🔲 Oftalmológica

	s (use formularios adio	cionales si es n	ecesario para	enumerar todos los	s dependiente	es cubiertos,	·)									
	hijo o el hijo de mi cónyuge	☐ Masculino	Apellido	Nom	nbre	Número de :		Fecha de	☐ Añadir	☐ Quitar						
☐ Hij	jo de la pareja de hecho**					Social		nacimiento	☐ Servici	os médicos						
										☐ Oftalmológica						
	hijo o el hijo de mi cónyuge	☐ Masculino	Apellido Nombre			Número de :		Fecha de	☐ Añadir	☐ Quitar						
∐ Hij	o de la pareja de hecho**	☐ Femenino		•			ıl	nacimiento		os médicos						
										Oftalmológica						
	hijo o el hijo de mi cónyuge	Masculino	Apellido	Nom	nbre	Número de :		Fecha de		☐ Quitar						
⊔HIJ	o de la pareja de hecho**	☐ Femenino				Socia	ıl	nacimiento		o <u>s m</u> édicos						
										☐ Oftalmológica						
	hijo o el hijo de mi cónyuge	Masculino	Apellido	Nom	nbre	Número de :		Fecha de		☐ Quitar						
I ⊔ ніј	o de la pareja de hecho**	☐ Femenino				Socia	ıl	nacimiento	☐ Servici	os médicos						
							de Seguro Fecha de			☐ Oftalmológica						
	hijo o el hijo de mi cónyuge	Masculino	Apellido	Apellido Nombre		Número de :				☐ Quitar						
I ⊔ ніј	o de la pareja de hecho**	☐ Femenino				Socia	riacimiento			os médicos						
						NIZ I	de Seguro Eccho do			Oftalmológica						
	hijo o el hijo de mi cónyuge jo de la pareja de hecho**	☐ Masculino ☐ Femenino	Apellido	Apellido Nombre		Número de S				Quitar						
	o de la pareja de flecilo	☐ Femenino				Socia	riacimiento			os médicos						
0=0	010115 01 1		<u> </u>						Dental	☐ Oftalmológica						
	CION D: Si rechaz															
	e usted o sus dependientes	cobertura bajo otro	o plan de atención	n médica patrocinado po	r el empleador (incluida la cobe	ertura COB	RA)? 🔲 NO [∃SÍ - En caso afirma	ntivo, complete						
la sigu	iente información															
Nombr	re y dirección de la asegura	dora.						Identificación/I	N.° de Póliza							
									v. uc i oliza							
Nombr	re del titular de la póliza: _			Fe	cha de inicio de	la cobertura: _										
Miemb	oros de la familia cubiertos (enumere todos).														
			\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	-l'												
про а	e cobertura (marque todas	ias que correspond	dan):	dica	іса 🔲 Опаі	mológica										
CEC	CION E. Informaci	án da aabart	ura aatualla	mtorior												
	CION E: Informaci				<i>'</i>											
						ta la cobertu	ra debe e	Indique, para cada persona que figura en esta solicitud, cualquier seguro médico (incluidos Medicare y Medicaid) que esté vigente dentro del período de 24 meses anterior a la fecha de vigencia propuesta de la cobertura. Cada persona que solicita la cobertura debe estar mencionada a continuación. Si no hubo								
cobertura de seguro médico en vigor en los últimos 24 meses, indique ninguna. Si está cubierto por otra póliza de beneficios médicos u odontológicos y esta																
cober	tura de seguro medico	en vigor en los	ultimos 24 mes	ses, indique ninguna	. Si está cubi	erto por otra	póliza de			lógicos y esta						
	rtura de seguro medico rtura continuará, sus be							beneficios i	nédicos u odonto							
			s de Cascade I	Designs se consider				beneficios i	nédicos u odonto							
	rtura continuará, sus be	neficios a travé	s de Cascade I Compañ	Designs se consider ía de seguros,		cios primario	s y su otr	beneficios i	nédicos u odonto							
		neficios a travé	s de Cascade I Compañ número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y	an sus benefic	cobertura	s y su otr Con	beneficios i a cobertura	médicos u odonto de beneficios es s	secundaria.						
	rtura continuará, sus be	neficios a travé	s de Cascade I Compañ número	Designs se consider ía de seguros,	an sus benefic	cobertura	s y su otr Con	e beneficios i a cobertura atinuará	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de	Tipo de producto						
	rtura continuará, sus be	neficios a travé	s de Cascade I Compañ número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y	an sus benefic	cobertura	S y su otr Con la cob	e beneficios i a cobertura atinuará pertura?	nédicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura	Tipo de producto						
	rtura continuará, sus be	neficios a travé	s de Cascade I Compañ número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y	an sus benefic	cobertura	S y su otr Con la cob	e beneficios i a cobertura atinuará	nédicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura	Tipo de producto Servicios Médicos						
	rtura continuará, sus be	neficios a travé	s de Cascade I Compañ número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y	an sus benefic	cobertura	S y su otr Con la cob	e beneficios i a cobertura atinuará pertura?	nédicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
	rtura continuará, sus be	neficios a travé	s de Cascade I Compañ número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y	an sus benefic	cobertura	¿Con la cob	e beneficios i a cobertura atinuará pertura? / No	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental Servicios						
	rtura continuará, sus be	neficios a travé	s de Cascade I Compañ número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y	an sus benefic	cobertura	¿Con la cob	e beneficios i a cobertura atinuará pertura?	nédicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental Servicios Médicos						
	rtura continuará, sus be	neficios a travé	s de Cascade I Compañ número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y	an sus benefic	cobertura	¿Con la cob	e beneficios i a cobertura atinuará pertura? / No	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental Servicios						
	rtura continuará, sus be	neficios a travé	s de Cascade I Compañ número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y	an sus benefic	cobertura	¿Con la cob Sí	e beneficios i a cobertura atinuará pertura? / No	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental						
	rtura continuará, sus be	neficios a travé	s de Cascade I Compañ número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y	an sus benefic	cobertura	¿Con la cob Sí	e beneficios i a cobertura itinuará pertura? / No	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Medicos Dental Servicios						
	rtura continuará, sus be	neficios a travé	s de Cascade I Compañ número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y	an sus benefic	cobertura	¿Con la cob Si	e beneficios ra cobertura atinuará pertura? / No / No / No	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Servicios Medicos Dental Servicios						
	rtura continuará, sus be	neficios a travé	s de Cascade I Compañ número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y	an sus benefic	cobertura	¿Con la cob Si	e beneficios i a cobertura itinuará pertura? / No	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental Servicios Médicos						
cober	rtura continuará, sus be	eneficios a travé:	s de Cascade I Compañ número número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono	Fecha de o Desde y	cobertura y hasta	s y su otr ¿Con la cob Sí Sí	e beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Servicios Medicos Dental Servicios						
cober	rtura continuará, sus be	eneficios a travé:	s de Cascade I Compañ número número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono	Fecha de o Desde y	cobertura y hasta	s y su otr ¿Con la cob Sí Sí	e beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental Servicios Médicos						
SEC	Nombre del solicit	eneficios a travé	s de Cascade I Compañ número número	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono	Fecha de o Desde y	cobertura hasta	S y su otr ¿Con la cob Sí Sí Sí	beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta (rtura continuará, sus be Nombre del solicit CIÓN F: Informaci designación de benefic	éneficios a travé	s de Cascade I Compañ número número iciario del se nicamente al se	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/AI eguro de Vida/AI	Fecha de o Desde y D&D pagad D pagado por se	cobertura hasta o por el en su empleado	S y su otr ¿Con la cob Sí Sí Sí mpleado or. Si está	beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No inscrito en e	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta (Nombre del solicit	éneficios a travé	s de Cascade I Compañ número número iciario del se nicamente al se	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/AI eguro de Vida/AI	Fecha de o Desde y D&D pagad D pagado por se	cobertura hasta o por el en su empleado	S y su otr ¿Con la cob Sí Sí Sí mpleado or. Si está	beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No inscrito en e	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta (comp	rtura continuará, sus be Nombre del solicit CIÓN F: Informaci designación de benefic	ón del beneficios a travé	compañinúmero número niciario del se nicamente al se nico Mutual of Or	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/AI eguro de Vida/AD&E maha que se incluye	Fecha de o Desde y Desde y Desde y Desde y	cobertura hasta o por el en su empleado dential Option	Sy su otr ¿Con la cob Si Si Si mpleador. Si está nal Life/Al	e beneficios ra cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No or inscrito en ed D&D.	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta comp	Nombre del solicit CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula	ón del beneficios a travé: tante ón del beneficiario se aplica ú rio de beneficiario de beneficiario primario (1)	compañinúmero número iciario del se nicamente al se rio Mutual of Or	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/AI eguro de Vida/AD&E maha que se incluye nás de un beneficiar	Fecha de o Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación s	Sy su otr ¿Con la cob Si Si Si mpleador. Si está nal Life/Al	e beneficios ra cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No or inscrito en e D&D. rá en partes	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta comp Desig	CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del beneficiar nados (o beneficiario) o	ón del beneficios a travé: tante ón del beneficiario se aplica ú rio de beneficiario de beneficiario primario, a	compañinúmero número nicario del se nicamente al se nicamente	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/AI eguro de Vida/AD&E maha que se incluye e especifiquen sus pa	Fecha de o Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación say un benefic	Sy su otr ¿Con la cob Si Si Si mpleador. Si está nal Life/Al	e beneficios ra cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No or inscrito en e D&D. rá en partes	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta comp Desig	Nombre del solicit CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula	ón del beneficios a travé: tante ón del beneficiario se aplica ú rio de beneficiario de beneficiario primario, a	compañinúmero número nicario del se nicamente al se nicamente	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/AI eguro de Vida/AD&E maha que se incluye e especifiquen sus pa	Fecha de o Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación say un benefic	Sy su otr ¿Con la cob Si Si Si mpleador. Si está nal Life/Al	e beneficios ra cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No or inscrito en e D&D. rá en partes	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta comp Desig	CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del beneficiar nados (o beneficiario) o	ón del beneficios a través dante diario se aplica ú rio de beneficial rio PRIMARIO (que aún vivan, a se realizará de a	iciario del se nicamente al se rio Mutual of Orisi se designa na menos que se acuerdo con los	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/AI eguro de Vida/AD&E maha que se incluye e especifiquen sus pa	Fecha de o Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación say un beneficación).	s y su otr ¿Con la cob sí Sí Sí mpleado or. Si está nal Life/Al se realizar	e beneficios ra cobertura atinuará bertura? / No / No / No / No inscrito en	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta comp Desig	CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del beneficiar nados (o beneficiario) o egurado, la liquidación s	ón del beneficios a través dante diario se aplica ú rio de beneficial rio PRIMARIO (que aún vivan, a se realizará de a	iciario del se nicamente al se rio Mutual of Orisi se designa na menos que se acuerdo con los	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/Al eguro de Vida/AD&E maha que se incluye nás de un beneficiar e especifiquen sus pa s términos de su Cor	Pecha de o Desde y Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación say un beneficación).	s y su otr ¿Con la cob sí Sí Sí mpleado or. Si está nal Life/Al se realizar	e beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No pr inscrito en e D&D. rá en partes ignado, o nir	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta comp Desig desig al asc	CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del beneficiar nados (o beneficiario) o egurado, la liquidación s	ón del beneficios a través dante diario se aplica ú rio de beneficial rio PRIMARIO (que aún vivan, a se realizará de a	iciario del se nicamente al se rio Mutual of Orisi se designa na menos que se acuerdo con los	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/Al eguro de Vida/AD&E maha que se incluye nás de un beneficiar e especifiquen sus pa s términos de su Cor	Pecha de o Desde y Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación say un beneficación).	s y su otr ¿Con la cob sí Sí Sí mpleado or. Si está nal Life/Al se realizar	e beneficios ra cobertura atinuará bertura? / No / No / No / No inscrito en	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta comp Desig	CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del beneficiar nados (o beneficiario) o egurado, la liquidación s	ón del beneficios a través dante diario se aplica ú rio de beneficial rio PRIMARIO (que aún vivan, a se realizará de a	iciario del se nicamente al se rio Mutual of Orisi se designa na menos que se acuerdo con los	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/Al eguro de Vida/AD&E maha que se incluye nás de un beneficiar e especifiquen sus pa s términos de su Cor	Pecha de o Desde y Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación say un beneficación).	s y su otr ¿Con la cob sí Sí Sí mpleado or. Si está nal Life/Al se realizar	e beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No pr inscrito en e D&D. rá en partes ignado, o nir	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta comp Desig desig al asc	CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del beneficiar nados (o beneficiario) o egurado, la liquidación s	ón del beneficios a través dante diario se aplica ú rio de beneficial rio PRIMARIO (que aún vivan, a se realizará de a	iciario del se nicamente al se rio Mutual of Orisi se designa na menos que se acuerdo con los	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/Al eguro de Vida/AD&E maha que se incluye nás de un beneficiar e especifiquen sus pa s términos de su Cor	Pecha de o Desde y Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación say un beneficación).	s y su otr ¿Con la cob sí Sí Sí mpleado or. Si está nal Life/Al se realizar	e beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No pr inscrito en e D&D. rá en partes ignado, o nir	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta of composition of the c	CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del beneficiar nados (o beneficiario) o egurado, la liquidación s	ón del beneficios a través dante diario se aplica ú rio de beneficial rio PRIMARIO (que aún vivan, a se realizará de a	iciario del se nicamente al se rio Mutual of Orisi se designa na menos que se acuerdo con los	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/Al eguro de Vida/AD&E maha que se incluye nás de un beneficiar e especifiquen sus pa s términos de su Cor	Pecha de o Desde y Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación say un beneficación).	s y su otr ¿Con la cob sí Sí Sí mpleado or. Si está nal Life/Al se realizar	e beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No pr inscrito en e D&D. rá en partes ignado, o nir	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta comp Desig desig al asc	CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del beneficiar nados (o beneficiario) o egurado, la liquidación s	ón del beneficios a través dante diario se aplica ú rio de beneficial rio PRIMARIO (que aún vivan, a se realizará de a	iciario del se nicamente al se rio Mutual of Orisi se designa na menos que se acuerdo con los	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/Al eguro de Vida/AD&E maha que se incluye nás de un beneficiar e especifiquen sus pa s términos de su Cor	Pecha de o Desde y Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación say un beneficación).	s y su otr ¿Con la cob sí Sí Sí mpleado or. Si está nal Life/Al se realizar	e beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No pr inscrito en e D&D. rá en partes ignado, o nir	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta of composition of the c	CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del beneficiar nados (o beneficiario) o egurado, la liquidación s	ón del beneficios a través dante diario se aplica ú rio de beneficial rio PRIMARIO (que aún vivan, a se realizará de a	iciario del se nicamente al se rio Mutual of Orisi se designa na menos que se acuerdo con los	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/Al eguro de Vida/AD&E maha que se incluye nás de un beneficiar e especifiquen sus pa s términos de su Cor	Pecha de o Desde y Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación say un beneficación).	s y su otr ¿Con la cob sí Sí Sí mpleado or. Si está nal Life/Al se realizar	e beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No pr inscrito en e D&D. rá en partes ignado, o nir	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta of composition of the c	CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del beneficiar nados (o beneficiario) o egurado, la liquidación s	ón del beneficios a través dante diario se aplica ú rio de beneficial rio PRIMARIO (que aún vivan, a se realizará de a	iciario del se nicamente al se rio Mutual of Orisi se designa na menos que se acuerdo con los	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/Al eguro de Vida/AD&E maha que se incluye nás de un beneficiar e especifiquen sus pa s términos de su Cor	Pecha de o Desde y Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación say un beneficación).	s y su otr ¿Con la cob sí Sí Sí mpleado or. Si está nal Life/Al se realizar	e beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No pr inscrito en e D&D. rá en partes ignado, o nir	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						
SEC Esta comp Desig desig al ase	CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del beneficiar nados (o beneficiario) o egurado, la liquidación s	ón del beneficios a través dante diario se aplica ú rio de beneficial rio PRIMARIO (que aún vivan, a se realizará de a	iciario del se nicamente al se rio Mutual of Orisi se designa na menos que se acuerdo con los	Designs se consider ía de seguros, o de póliza y o de teléfono eguro de Vida/Al eguro de Vida/AD&E maha que se incluye nás de un beneficiar e especifiquen sus pa s términos de su Cor	Pecha de o Desde y Desde y	o por el en su empleado dential Option liquidación say un beneficación).	s y su otr ¿Con la cob sí Sí Sí mpleado or. Si está nal Life/Al se realizar	e beneficios a cobertura atinuará pertura? / No / No / No / No pr inscrito en e D&D. rá en partes ignado, o nir	médicos u odonto de beneficios es s Tipo de cobertura Grupo Individual Grupo Individual	Tipo de producto Servicios Médicos Dental						

Designación de beneficiario CONTINGENTE (Los beneficios por fallecimiento se pagarán a los beneficiarios contingentes si el beneficiario principal no está vivo)							
	Nombre	N.° de seguro social	Vínculo	Dirección postal, ciudad, estado, código postal	%		
1.				oodigo bostai			
2.							
3.							
			<u> </u>	l	<u> </u>		
Cons	entimiento y autorización						

Por la presente solicito cobertura en virtud de los contratos entre los administradores y las compañías de seguros (RGA y Mutual of Omahal) y mi empleador, y estoy de acuerdo con los términos de los contratos. También solicito la misma cobertura para mi cónyuge/pareja de hecho y/o mis hijos dependientes, que figuran en esta solicitud. Certifico que mis dependientes mencionados y yo cumplimos con todos los criterios de elegibilidad establecidos en la guía de beneficios, el formulario de verificación de elegibilidad de dependientes, los documentos del plan y/o el contrato. Además, entiendo que es mi obligación notificar a Recursos Humanos cuando mi cónyuge, pareja de hecho o hijo ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad descritos en el Plan. Una vez que una persona no cumple con la definición del Plan de cónyuge, pareja de hecho o hijo dependiente (por ejemplo, debido a un divorcio), ya no es elegible para los beneficios. Entiendo que la información falsa o inexacta (incluida la tergiversación del estado de dependiente) y no notificar a mi empleador que mis dependientes ya no cumplen con la definición de dependientes, puede resultar en el cese de la cobertura, falta de pago de beneficios, la recuperación de los pagos de beneficios no elegibles de mí o de mis proveedores de atención médica, despido y/o acción legal. Autorizo las deducciones de nómina para la cobertura de seguro de salud indicadas en la Sección C.

Firma del Empleado	Fecha

^{**} Solo las parejas de hecho y los hijos de las parejas de hecho cuya cobertura comenzó antes del 1.º de enero de 2014 son elegibles para los planes de beneficios de CDI.