## CASCADE DESIGNS®

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

Plan anual del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

SECCIÓN A: Información del Empleado							
Apellido Nombre	Inicial del segundo no	mbre	Número de Seguro Social		Sexo		stado Civil
					☐ Femenino ☐ Masculino		☐ Casado ☐ Soltero
Dirección			Fecha de nacimiento		Salario anual		Inidad de presupuesto
Ciudad Estado	Código Postal	Código Postal Número de te		no/celular Ocupación			
	-						
Dirección de correo electrónico personal					Uhiaraitas Dosawa Dosas		
					Ubicación:	: <u></u> Sе	eattle Reno
SECCIÓN B: Beneficios pagados por el emplea							
Los siguientes beneficios son proporcionados por Cascade					Fecha o	de contr	atación:
Seguro de Vida y AD&D para empleados equivalente a	a 1 vez sus ingresos a	inuales ha	asta un máximo de \$	550,000			
(mínimo de \$20,000)	la maatariar da aata .	sáaina)			Fecha o	de entra	da en vigencia:
(complete la designación del beneficiario en la part  ☑ Incapacidad a corto plazo del empleado al 50% de sus		oagina)					ogo
<ul> <li>Incapacidad a corto plazo del empleado al 50 % de sus</li> <li>Incapacidad a largo plazo del empleado al 60% de sus</li> </ul>							
SECCION C: Beneficios pagados por los emple		n por che	eque de pago)				
MÉDICO - RGA	(						
Nivel de coherture / DEDE MADCAD LINA CASILLA)	Plan	lan tradicional		I	Plan de ahorro para la salud		la salud
Nivel de cobertura ( <u>DEBE MARCAR UNA CASILLA</u> ) : ☐ Plan tradicional ☐ Plan de ahorro de salud			escuento de			Des	cuento de bienestar*
			bienestar*				
Solo para el empleado	\$53.00		\$40.50		2.50		\$0.00
Empleado + Cónyuge	\$202.50		\$190.00		12.50		\$130.00
Empleado y un hijo	\$105.00		\$92.50	\$58.50			\$46.00
Empleado y dos o más hijos	\$141.00		\$128.50		9.00		\$76.50
Empleado, cónyuge y un hijo	\$254.50 \$290.00		\$242.00 \$277.50	\$186.50 \$215.50			\$174.00 \$203.00
Empleado, cónyuge y dos o más hijos Opto por renunciar a la cobertura médica.	φ290.00		φ211.50 φ2		15.50   \$205.00		ֆ2U3.UU
*Debe completar los requisitos del programa de bienestar de C	DI v enviar el formulari	o de certifi	cación del programa	de hienesta	r a Recursos	Humano	ns nara calificar nara
la prima con descuento.	Dr y chivial or formalan	0 00 001 1111	odolom doi programa	00 010110010		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	o para camicai para
DENTAL - Delta Dental de Washington		VISION	- RGA (solo si se	inscribe e	n un plan m	nédico)	
Solo para el empleado	\$5.50	Solo para el empleado				\$0.00	
Empleado + Cónyuge	\$17.50		oleado + Cónyuge			\$0.00	
Empleado y un hijo	\$11.50		oleado y un hijo			\$0.00	
Empleado y dos o más hijos	\$20.00		oleado y dos o más hijos			\$0.00	
Empleado, cónyuge y un hijo	\$23.50		oleado, cónyuge y un hijo			\$0.00	
Empleado, cónyuge y dos o más hijos	\$32.00						\$0.00
Elijo renunciar a la cobertura odontológica.    Elijo renunciar a la cobertura oftalmológica.    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. La Sección 125 del IRS regula							ción 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 2025 (a menos que experimente un evento calificado de							
cambio de estado a mitad de año). Una elección para reducir la comp	ensación bajo el Plan redu	ıcirá su con	npensación para fines d	el Seguro Soc	cial y puede de	rivar en ui	na 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 p	lan de ahorros para	la salud	)				
Las contribuciones se descontarán de sus cheques de	pago de manera unit	orme dui	rante el período de	tiempo ap	licable.		
Contribución a la HSA del 1.° de enero de 2024 al 31 de dio	ciembre de 2024						
Sin contribución \$ por cheque de pago							
NOTA: La contribución anual máxima para 2024 es de \$4,150 por persona o \$8,300 por familia. Esto incluye las contribuciones realizadas por CDI y cualquier contribución que ya haya							
realizado en 2024.							
Información del cónyuge e hijo(s)							
☐ Masculino Apellido ☐ Cónyuge ☐ Femenino	Nombr	е	Número de Seguro Social	Fecha nacimie		=	ir 🔲 Quitar
			Joolai	//doi///id		=	cios médicos al

Niños	s (use formularios adio	cionales si es n	ecesario para e	enumerar todos io:	s dependientes c	JUDIGI (US)				
	•	☐ Masculino	Apellido	Non	nbre N	Número de Seguro	Fecha de	☐ Añadir	☐ Quitar	
☐ Mi	hijo o el hijo de mi cónyuge	Femenino				Social	nacimiento	☐ Servicio		
									Oftalmológica	
		☐ Masculino	Apellido	Non	nbre N	Número de Seguro	Fecha de	Añadir		
∐ Mi	hijo o el hijo de mi cónyuge	Femenino				Social	nacimiento	Servicio		
			Anallida	Non	ahra N	Número de Seguro	Foobo do		Oftalmológica	
Пм	hijo o el hijo de mi cónyuge	☐ Masculino	Apellido	NOI	nbre N	Social	Fecha de nacimiento	☐ Añadir		
	riijo o erriijo de mi conyage	☐ Femenino				Oociai	Hacimichto	☐ Servicio	s medicos ☐ Oftalmológica	
			Apellido	Non	nbre N	Número de Seguro	Fecha de	Añadir	Ouitar Quitar	
Пмі	hijo o el hijo de mi cónyuge	☐ Masculino	7 (politico	11011		Social	nacimiento	☐ Servicio		
1	,	☐ Femenino							☐ Oftalmológica	
		□ Massulina	Apellido	Non	nbre N	Número de Seguro	Fecha de	Añadir		
☐ Mi	hijo o el hijo de mi cónyuge	☐ Masculino☐ Femenino				Social	nacimiento	☐ Servicio	s médicos	
									Oftalmológica	
		☐ Masculino	Apellido	Non	nbre N	Número de Seguro	Fecha de	Añadir		
∐ Mi	hijo o el hijo de mi cónyuge	Femenino				Social	nacimiento	Servicio		
050	01011 D 01 1			, II	4 17			L Dental	☐ Oftalmológica	
	CION D: Si rechaz									
	e usted o sus dependientes	cobertura bajo otro	plan de atención	médica patrocinado po	er el empleador (inclu	uida la cobertura COI	BRA)? 🔲 <b>NO</b> [	<b>_</b> SI - En caso afirmat	vo, complete	
la sigu	iiente información									
Nombi	re y dirección de la asegura	idora:					Identificación/I	N.° de Póliza		
Nomb	re del titular de la póliza:			Fo	cha de inicio de la co	ohartura:				
				16	cha de inicio de la co	obellula.				
Miemb	oros de la familia cubiertos (	(enumere todos):								
Tipo d	e cobertura (marque todas	las que correspond	lan): <b>Mé</b> d	lica 🔲 Odontológ	ica 🔲 Oftalmol	ógica				
	CION E: Informaci									
Indiqu	ue, para cada persona	que figura en es	ta solicitud cua	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							estar mencio	nada a continuació	n. Si no hubo	
	eses anterior a la fecha	de vigencia pro	puesta de la co	bertura. Cada pers	ona que solicita la	a cobertura debe	estar mencio	nada a continuació	n. Si no hubo	
cober	eses anterior a la fecha	de vigencia pro en vigor en los	puesta de la co últimos 24 mes	bertura. Cada pers es, indique ninguna	ona que solicita la . Si está cubierto	a cobertura debe o por otra póliza d	estar mencio e beneficios	nada a continuació médicos u odontolo	n. Si no hubo ogicos y esta	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico	de vigencia pro en vigor en los	puesta de la co últimos 24 mes s de Cascade D	bertura. Cada pers es, indique ninguna Designs se consider	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of	estar mencio e beneficios ra cobertura	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so l	n. Si no hubo ogicos y esta ecundaria.	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé	opuesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañí	bertura. Cada pers es, indique ninguna lesigns se consider a de seguros,	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob	a cobertura debe o por otra póliza d o primarios y su of pertura ¿Co	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so Tipo de	on. Si no hubo ogicos y esta ecundaria.	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañía número	bertura. Cada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, de póliza y	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios	a cobertura debe o por otra póliza d o primarios y su of pertura ¿Co	estar mencio e beneficios ra cobertura	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so l	n. Si no hubo ogicos y esta ecundaria.	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañía número	bertura. Cada pers es, indique ninguna lesigns se consider a de seguros,	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob	a cobertura debe o por otra póliza d o primarios y su of pertura ¿Co	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so Tipo de cobertura	on. Si no hubo ogicos y esta ecundaria.	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañía número	bertura. Cada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, de póliza y	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of pertura asta la co	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura	n. Si no hubo igicos y esta ecundaria.  Tipo de producto	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañía número	bertura. Cada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, de póliza y	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of pertura asta la co	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so Tipo de cobertura	n. Si no hubo ogicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañía número	bertura. Cada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, de póliza y	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of pertura asta  ¿Co seta seta	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual	n. Si no hubo ogicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental Servicios	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañía número	bertura. Cada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, de póliza y	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of pertura asta  ¿Co seta seta	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura	n. Si no hubo ogicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental Servicios Médicos	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañía número	bertura. Cada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, de póliza y	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of pertura asta  ¿Co seta seta	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual  Grupo Individual	n. Si no hubo ogicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Dental	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañía número	bertura. Cada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, de póliza y	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of certura asta aco s	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual  Grupo Individual  Grupo	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañía número	bertura. Cada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, de póliza y	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of certura asta aco s	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual  Grupo Individual	n. Si no hubo ogicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Dental	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañía número	bertura. Cada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, de póliza y	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of sertura asta la co	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual  Grupo Individual  Grupo Individual	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañía número	bertura. Cada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, de póliza y	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of sertura asta la co	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual  Grupo Individual  Grupo	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental Dental Servicios Médicos	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be Nombre del solici	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé tante	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañío número número	bertura. Ĉada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, de póliza y de teléfono	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob  Desde y ha	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of sertura asta la co	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual  Grupo Individual  Grupo Individual  Grupo Individual	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios	
cober	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé tante	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañío número número	bertura. Ĉada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, de póliza y de teléfono	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob  Desde y ha	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of sertura asta la co	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual  Grupo Individual  Grupo Individual  Grupo Individual	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental Dental Servicios Médicos	
sec	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be Nombre del solici	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé tante ón del benef	puesta de la co últimos 24 meso s de Cascade D Compañí número número	bertura. Ĉada pers es, indique ninguna designs se consider a de seguros, o de póliza y de teléfono	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob Desde y ha  D&D pagado p	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of nertura asta la co s s s s oor el emplead	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No 6i / No 6r	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual  Grupo Individual  Grupo Individual  Grupo Individual	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Dental Dental Dental Dental Dental Dental	
sec Esta	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be Nombre del solici CIÓN F: Informaci	ón del benefiario se aplica ú	ciciario del se	bertura. Ĉada perses, indique ninguna designs se consider a de seguros, o de póliza y de teléfono	ona que solicita la . Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob Desde y ha  D&D pagado po D pagado por su e	a cobertura debe p por otra póliza d s primarios y su of pertura asta la co s s s por el emplead empleador. Si est	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No 6i / No 6r	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual  Grupo Individual  Grupo Individual  Grupo Individual	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Servicios Médicos Dental Dental Dental Dental Dental Dental Dental	
sec Sec Comp	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci  designación de benefic  lete también el formula	de vigencia pro en vigor en los eneficios a travé  tante	ciciario del se	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono  guro de Vida/Alguro de Vida/Alaguro de Vida/AD&Enaha que se incluye	ona que solicita la  Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob Desde y ha  Desde y ha  Desde y ha  Desde y ha  Desde p pagado por su este en el kit Optiona	a cobertura debe p por otra póliza d s primarios y su of pertura asta la co s s por el emplead empleador. Si esta al Life/AD&D.	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No or á inscrito en e	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci designación de benefic olete también el formula gnación del beneficial	on del beneficio se aplica úrio de beneficios	puesta de la co últimos 24 mesos de Cascade D Compañío número número número niciario del se nicamente al se rio Mutual of Onesi se designa m	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono  guro de Vida/Alguro de Vida/Alguro de Vida/AD&Inaha que se incluye ás de un beneficiar	ona que solicita la  Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob Desde y ha  Desde y ha	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of sertura asta  consta  consta	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No  or á inscrito en e	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual sel seguro opcional iguales a los bene	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci  designación de benefic olete también el formula gnación del beneficial anados (o beneficiario) o	on del beneficio se aplica úrio de beneficios  on del beneficio se aplica úrio de beneficia  rio PRIMARIO (que aún vivan, a	ciciario del se inicamente al se inicame	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono de Vida/Alguro d	ona que solicita la  Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob Desde y ha	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of sertura asta  consta  consta	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No  or á inscrito en e	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual sel seguro opcional iguales a los bene	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci designación de benefic olete también el formula gnación del beneficial	on del beneficio se aplica úrio de beneficios  on del beneficio se aplica úrio de beneficia  rio PRIMARIO (que aún vivan, a	ciciario del se inicamente al se inicame	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono de Vida/Alguro d	ona que solicita la  Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob Desde y ha	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of sertura asta  consta  consta	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No  or á inscrito en e	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual sel seguro opcional iguales a los bene	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del benefician inados (o beneficiario) o egurado, la liquidación e	ón del beneficios a applica único se aplica único de beneficios iario de beneficial rio de beneficial se realizará de ase r	ciciario del se inicamente al se rio Mutual of On si se designa m menos que se acuerdo con los	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono de Vida/Al guro de Vida/Al guro de Vida/Al anaha que se incluye ás de un beneficiar especifiquen sus p términos de su Co	D&D pagado por su es e en el kit Optiona io primario, la liquantrato de Grupo).	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of ertura asta  consta  s  cor el emplead empleador. Si esta al Life/AD&D. uidación se realiza un beneficiario des	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No or á inscrito en e ará en partes signado, o nir	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Individual	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci  designación de benefic olete también el formula gnación del beneficial anados (o beneficiario) o	ón del beneficios a applica único se aplica único de beneficios iario de beneficial rio de beneficial se realizará de ase r	ciciario del se inicamente al se rio Mutual of On si se designa m menos que se acuerdo con los	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono de Vida/Alguro d	ona que solicita la  Si está cubierto an sus beneficios  Fecha de cob Desde y ha	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of ertura asta  consta  s  cor el emplead empleador. Si esta al Life/AD&D. uidación se realiza un beneficiario des	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No  or á inscrito en e ará en partes signado, o nir ción postal,	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual sel seguro opcional iguales a los bene ngún beneficiario s  ciudad, estado,	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp Desig desig al ase	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del benefician inados (o beneficiario) o egurado, la liquidación e	ón del beneficios a applica único se aplica único de beneficios iario de beneficial rio de beneficial se realizará de ase r	ciciario del se inicamente al se rio Mutual of On si se designa m menos que se acuerdo con los	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono de Vida/Al guro de Vida/Al guro de Vida/Al anaha que se incluye ás de un beneficiar especifiquen sus p términos de su Co	D&D pagado por su es e en el kit Optiona io primario, la liquantrato de Grupo).	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of ertura asta la co s s oor el emplead empleador. Si esta al Life/AD&D. uidación se realiza un beneficiario des	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No or á inscrito en e ará en partes signado, o nir	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual sel seguro opcional iguales a los bene ngún beneficiario s  ciudad, estado,	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del benefician inados (o beneficiario) o egurado, la liquidación e	ón del beneficios a applica único se aplica único de beneficios iario de beneficial rio de beneficial se realizará de ase r	ciciario del se inicamente al se rio Mutual of On si se designa m menos que se acuerdo con los	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono de Vida/Al guro de Vida/Al guro de Vida/Al anaha que se incluye ás de un beneficiar especifiquen sus p términos de su Co	D&D pagado por su es e en el kit Optiona io primario, la liquantrato de Grupo).	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of ertura asta la co s s oor el emplead empleador. Si esta al Life/AD&D. uidación se realiza un beneficiario des	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No  or á inscrito en e ará en partes signado, o nir ción postal,	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual sel seguro opcional iguales a los bene ngún beneficiario s  ciudad, estado,	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp Desig desig al ase	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del benefician inados (o beneficiario) o egurado, la liquidación e	ón del beneficios a applica único se aplica único de beneficios iario de beneficial rio de beneficial se realizará de ase r	ciciario del se inicamente al se rio Mutual of On si se designa m menos que se acuerdo con los	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono de Vida/Al guro de Vida/Al guro de Vida/Al anaha que se incluye ás de un beneficiar especifiquen sus p términos de su Co	D&D pagado por su es e en el kit Optiona io primario, la liquantrato de Grupo).	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of ertura asta la co s s oor el emplead empleador. Si esta al Life/AD&D. uidación se realiza un beneficiario des	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No  or á inscrito en e ará en partes signado, o nir ción postal,	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual sel seguro opcional iguales a los bene ngún beneficiario s  ciudad, estado,	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp Desig desig al ase	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del benefician inados (o beneficiario) o egurado, la liquidación e	ón del beneficios a applica único se aplica único de beneficios iario de beneficial rio de beneficial se realizará de ase r	ciciario del se inicamente al se rio Mutual of On si se designa m menos que se acuerdo con los	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono de Vida/Al guro de Vida/Al guro de Vida/Al anaha que se incluye ás de un beneficiar especifiquen sus p términos de su Co	D&D pagado por su es e en el kit Optiona io primario, la liquantrato de Grupo).	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of ertura asta la co s s oor el emplead empleador. Si esta al Life/AD&D. uidación se realiza un beneficiario des	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No  or á inscrito en e ará en partes signado, o nir ción postal,	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual sel seguro opcional iguales a los bene ngún beneficiario s  ciudad, estado,	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp Designal asset	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del benefician inados (o beneficiario) o egurado, la liquidación e	ón del beneficios a applica único se aplica único de beneficios iario de beneficial rio de beneficial se realizará de ase r	ciciario del se inicamente al se rio Mutual of On si se designa m menos que se acuerdo con los	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono de Vida/Al guro de Vida/Al guro de Vida/Al anaha que se incluye ás de un beneficiar especifiquen sus p términos de su Co	D&D pagado por su es e en el kit Optiona io primario, la liquantrato de Grupo).	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of ertura asta la co s s oor el emplead empleador. Si esta al Life/AD&D. uidación se realiza un beneficiario des	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No  or á inscrito en e ará en partes signado, o nir ción postal,	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual sel seguro opcional iguales a los bene ngún beneficiario s  ciudad, estado,	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp desig al asset	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del benefician inados (o beneficiario) o egurado, la liquidación e	ón del beneficios a applica único se aplica único de beneficios iario de beneficial rio de beneficial se realizará de ase r	ciciario del se inicamente al se rio Mutual of On si se designa m menos que se acuerdo con los	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono de Vida/Al guro de Vida/Al guro de Vida/Al anaha que se incluye ás de un beneficiar especifiquen sus p términos de su Co	D&D pagado por su es e en el kit Optiona io primario, la liquantrato de Grupo).	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of ertura asta la co s s oor el emplead empleador. Si esta al Life/AD&D. uidación se realiza un beneficiario des	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No  or á inscrito en e ará en partes signado, o nir ción postal,	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual sel seguro opcional iguales a los bene ngún beneficiario s  ciudad, estado,	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp Designal asset	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del benefician inados (o beneficiario) o egurado, la liquidación e	ón del beneficios a applica único se aplica único de beneficios iario de beneficial rio de beneficial se realizará de ase r	ciciario del se inicamente al se rio Mutual of On si se designa m menos que se acuerdo con los	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono de Vida/Al guro de Vida/Al guro de Vida/Al anaha que se incluye ás de un beneficiar especifiquen sus p términos de su Co	D&D pagado por su es e en el kit Optiona io primario, la liquantrato de Grupo).	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of ertura asta la co s s oor el emplead empleador. Si esta al Life/AD&D. uidación se realiza un beneficiario des	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No  or á inscrito en e ará en partes signado, o nir ción postal,	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual sel seguro opcional iguales a los bene ngún beneficiario s  ciudad, estado,	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	
SEC Esta comp desig al asset	eses anterior a la fecha rtura de seguro médico rtura continuará, sus be  Nombre del solici  CIÓN F: Informaci designación de benefic elete también el formula gnación del benefician inados (o beneficiario) o egurado, la liquidación e	ón del beneficios a applica único se aplica único de beneficios iario de beneficial rio de beneficial se realizará de ase r	ciciario del se nicamente al se rio Mutual of On si se designa ma menos que se acuerdo con los	pbertura. Cada perses, indique ninguna designs se consider de seguros, de póliza y de teléfono de Vida/Al guro de Vida/Al guro de Vida/Al anaha que se incluye ás de un beneficiar especifiquen sus p términos de su Co	D&D pagado por su es e en el kit Optiona io primario, la liquantrato de Grupo).	a cobertura debe o por otra póliza d s primarios y su of ertura asta la co s s oor el emplead empleador. Si esta al Life/AD&D. uidación se realiza un beneficiario des	estar mencio e beneficios ra cobertura ntinuará bertura?  6i / No 6i / No  or á inscrito en e ará en partes signado, o nir ción postal,	nada a continuació médicos u odontolo de beneficios es so  Tipo de cobertura  Grupo Individual Grupo Individual Grupo Individual sel seguro opcional iguales a los bene ngún beneficiario s  ciudad, estado,	n. Si no hubo cigicos y esta ecundaria.  Tipo de producto  Servicios Médicos Dental	

Daa:	annoién de honoficiarie CONTINCENTE	l oo baaafisisa aarfallasimisada	aa nagarén a laa banafi		aa aaté viival
Desi	Nombre	Número de teléfono	Vínculo	ciarios contingentes si el beneficiario principal l Dirección postal, ciudad, estado, código postal	%
1.				30 p. 200	
2.					
3.					
Por la térmir cump Adem no cu (inclui cober	os de los contratos. También solicito la misma cobe. limos con todos los criterios de elegibilidad estableci ás, entiendo que es mi obligación notificar a Recurso mple con la definición del Plan de cónyuge o hijo de da la tergiversación del estado de dependiente) y no	rtura para mi cónyuge y/o mis hijos dos en la guía de beneficios, el formos Humanos cuando mi cónyuge o hoendiente (por ejemplo, debido a un notificar a mi empleador que mis de los pagos de beneficios no elegibles	dependientes, que figuran e ulario de verificación de ele ujo ya no cumpla con los rec divorcio), ya no es elegible ependientes ya no cumplen	Mutual of Omahal) y mi empleador, y estoy de acuer n esta solicitud. Certifico que mis dependientes meno gibilidad de dependientes, los documentos del plan y quisitos de elegibilidad descritos en el Plan. Una vez para los beneficios. Entiendo que la información falsa con la definición de dependientes, puede resultar en es de atención médica, despido y/o acción legal. Auto	cionados y yo /o el contrato. que una persona a o inexacta el cese de la

Al marcar esta casilla y escribir mi nombre a continuación, tengo la intención de firmar y e casilla y escribir mi nombre a continuación, aplicaré mi firma electrónica a este formulario y que e formulario en papel por mano.	·	
Firma del Empleado	 Fecha	