

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 nombre	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero
Dirección			Fecha de nacimiento	Salario anual	Unidad de presupuesto
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono/celular	Ocupación	
Dirección de correo electrónico personal				Ubicación: <input type="checkbox"/> Seattle <input type="checkbox"/> Reno	

SECCIÓN B: Beneficios pagados por el empleador: Mutual of Omaha	
Los siguientes beneficios son proporcionados por Cascade Designs sin costo para usted: <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> Incapacidad a corto plazo del empleado al 50% de sus ingresos semanales <input checked="" type="checkbox"/> Incapacidad a largo plazo del empleado al 60% de sus ingresos mensuales	Fecha de contratación: Fecha de entrada en vigencia:

SECCION C: Beneficios pagados por los empleados (los costos son por cheque de pago)

MÉDICO - RGA				
Nivel de cobertura (DEBE MARCAR UNA CASILLA) : <input type="checkbox"/> Plan tradicional <input type="checkbox"/> Plan de ahorro de salud	Plan tradicional		Plan de ahorro para la salud	
		Descuento de bienestar*		Descuento de bienestar*
<input type="checkbox"/> Solo para el empleado	\$53.00	\$40.50	\$12.50	\$0.00
<input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge	\$202.50	\$190.00	\$142.50	\$130.00
<input type="checkbox"/> Empleado y un hijo	\$105.00	\$92.50	\$58.50	\$46.00
<input type="checkbox"/> Empleado y dos o más hijos	\$141.00	\$128.50	\$89.00	\$76.50
<input type="checkbox"/> Empleado, cónyuge y un hijo	\$254.50	\$242.00	\$186.50	\$174.00
<input type="checkbox"/> Empleado, cónyuge y dos o más hijos	\$290.00	\$277.50	\$215.50	\$203.00

Opto por renunciar a la cobertura médica.

*Debe completar los requisitos del programa de bienestar de CDI y enviar el formulario de certificación del programa de bienestar a Recursos Humanos para calificar para la prima con descuento.

DENTAL - Delta Dental de Washington		VISION - RGA (solo si se inscribe en un plan médico)	
<input type="checkbox"/> Solo para el empleado	\$5.50	<input type="checkbox"/> Solo para el empleado	\$0.00
<input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge	\$17.50	<input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge	\$0.00
<input type="checkbox"/> Empleado y un hijo	\$11.50	<input type="checkbox"/> Empleado y un hijo	\$0.00
<input type="checkbox"/> Empleado y dos o más hijos	\$20.00	<input type="checkbox"/> Empleado y dos o más hijos	\$0.00
<input type="checkbox"/> Empleado, cónyuge y un hijo	\$23.50	<input type="checkbox"/> Empleado, cónyuge y un hijo	\$0.00
<input type="checkbox"/> Empleado, cónyuge y dos o más hijos	\$32.00	<input type="checkbox"/> Empleado, cónyuge y dos o más hijos	\$0.00
<input type="checkbox"/> Elijo renunciar a la cobertura odontológica.		<input type="checkbox"/> 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 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 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.º de enero de 2024 al 31 de diciembre 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)					
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
					<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/> Servicios médicos <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oftalmológica

Niños (use formularios adicionales si es necesario para enumerar todos los dependientes cubiertos)

<input type="checkbox"/> Mi hijo o el hijo de mi cónyuge	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/> Servicios médicos <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oftalmológica
<input type="checkbox"/> Mi hijo o el hijo de mi cónyuge	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/> Servicios médicos <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oftalmológica
<input type="checkbox"/> Mi hijo o el hijo de mi cónyuge	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/> Servicios médicos <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oftalmológica
<input type="checkbox"/> Mi hijo o el hijo de mi cónyuge	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/> Servicios médicos <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oftalmológica
<input type="checkbox"/> Mi hijo o el hijo de mi cónyuge	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/> Servicios médicos <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oftalmológica
<input type="checkbox"/> Mi hijo o el hijo de mi cónyuge	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/> Servicios médicos <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oftalmológica

SECCION D: Si rechaza la cobertura del plan médico, complete esta sección

¿Tiene usted o sus dependientes cobertura bajo otro plan de atención médica patrocinado por el empleador (incluida la cobertura COBRA)? NO SÍ - En caso afirmativo, complete la siguiente información

Nombre y dirección de la aseguradora: _____ Identificación/N.º de Póliza _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de inicio de la cobertura: _____

Miembros de la familia cubiertos (enumere todos):

Tipo de cobertura (marque todas las que correspondan): Médica Odontológica Oftalmológica

SECCION E: Información de cobertura actual/anterior

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 cobertura continuará, sus beneficios a través de Cascade Designs se consideran sus beneficios primarios y su otra cobertura de beneficios es secundaria.

Nombre del solicitante	Compañía de seguros, número de póliza y número de teléfono	Fecha de cobertura Desde y hasta	¿Continuará la cobertura?	Tipo de cobertura	Tipo de producto
			Sí / No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Servicios Médicos <input type="checkbox"/> Dental
			Sí / No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Servicios Médicos <input type="checkbox"/> Dental
			Sí / No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Servicios Médicos <input type="checkbox"/> Dental
			Sí / No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Servicios Médicos <input type="checkbox"/> Dental

SECCIÓN F: Información del beneficiario del seguro de Vida/AD&D pagado por el empleador

Esta designación de beneficiario se aplica únicamente al seguro de Vida/AD&D pagado por su empleador. Si está inscrito en el seguro opcional de Vida/AD&D, complete también el formulario de beneficiario Mutual of Omaha que se incluye en el kit Optional Life/AD&D.

Designación del beneficiario PRIMARIO (si se designa más de un beneficiario primario, la liquidación se realizará en partes iguales a los beneficiarios designados (o beneficiario) que aún vivan, a menos que se especifiquen sus partes. Si no hay un beneficiario designado, o ningún beneficiario sobrevive al asegurado, la liquidación se realizará de acuerdo con los términos de su Contrato de Grupo).

	Nombre	Número de teléfono	Vínculo	Dirección postal, ciudad, estado, código postal	%
1.					
2.					
3.					

Designación de beneficiario CONTINGENTE (Los beneficios por fallecimiento se pagarán a los beneficiarios contingentes si el beneficiario principal no está vivo)

	Nombre	Número de teléfono	Vínculo	Dirección postal, ciudad, estado, código postal	%
1.					
2.					
3.					

Consentimiento y autorización

Por la presente solicito cobertura en virtud de los contratos entre los administradores y las compañías de seguros (RGA y Mutual of Omaha) y mi empleador, y estoy de acuerdo con los términos de los contratos. También solicito la misma cobertura para mi cónyuge 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 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 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