

Formulario de inscripción / cambio de beneficios

A. Información del Empleado (<i>Toda la información es requerida</i>)			
Nombre de pila:	Inicial:	Apellido:	
SSN#:	Fecha de contratación:		
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M or <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	
Dirección:	Ciudad:	Provincia :	Código Postal:
Teléfono durante el día: ()	Teléfono de la casa : ()	Correo Electrónico:	

B. Cambio de estado / Cobertura			
Fecha del Evento Calificante:		<input type="checkbox"/> Añadir dependiente	<input type="checkbox"/> Cambiar nombre
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> COBRA / Término. De empleo	<input type="checkbox"/> Dependiente de la gota	<input type="checkbox"/> Cambiar dirección
<input type="checkbox"/> Nueva inscripción	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Nacimiento / Muerte	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Reducción de horas	<input type="checkbox"/> Otra cobertura	<input type="checkbox"/> Matrimonio / Divorcio	_____

C. Opciones de Plan Médico (<i>Si elige la cobertura, haga una selección tanto en 1 como en 2</i>)					
1. Elección del Plan	<input type="checkbox"/> Plan de HSA \$1,500	<input type="checkbox"/> Plan de HSA \$6,550	<input type="checkbox"/> Plan de Copay	<input type="checkbox"/> Declinar cobertura (por favor complete las secciones E y G.)	
2. Elección de Cobertura	<input type="checkbox"/> Empleado solamente	<input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado + Hijos	<input type="checkbox"/> Familia	

D. Información del dependiente / cónyuge (<i>debe completarse para la cobertura de los dependientes</i>)							
Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Relación	Fecha de nacimiento	SSN	M/F	Estudiante (S/N)	Discapacitado (S/N)	Marque la casilla de abajo para inscribirse en el plan médico.
							<input type="checkbox"/> Médico
							<input type="checkbox"/> Médico
							<input type="checkbox"/> Médico
							<input type="checkbox"/> Médico

E. Otra Información de Cobertura de Seguro Por favor marque una:			
<input type="checkbox"/> Me he inscrito a través del mercado estatal o federal	<input type="checkbox"/> Tengo otra cobertura de seguro	<input type="checkbox"/> No tengo otra cobertura de seguro	<input type="checkbox"/> Tengo otra cobertura de seguro, pero tengo la intención de cancelar esa cobertura
Nombre del Asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:		
Insurance Co. Nombre:	Número de póliza:	Número de grupo:	
Insurance Co. Dirección:	Nombres de los individuos cubiertos:		

F. Cuenta de ahorros para la salud

Sí, me gustaría crear una cuenta de ahorros para la salud (Esta opción está disponible si se inscribe en el plan HSA). Su deducción anual se dividirá en cantidades iguales y se deducirá de cada período de pago durante todo el año.

Eligo tener una deducción anual de \$ _____ (máximo de \$3,500 para cobertura de empleados solamente, o \$6,700 para todos los otros niveles de cobertura) reducido de mi sueldo antes de impuestos para reembolsarme los gastos calificados que incurriré durante el año del plan. La contribución máxima al Plan HSA será reducida por la contribución de la empresa. Los empleados que tienen 55 años de edad o más pueden hacer una contribución de recuperación de \$ 1.000 además de los máximos del IRS.

G. Renuncia a la inscripción (*casilla de verificación sólo si se está reduciendo la cobertura*)

Entiendo que los beneficios proporcionados por el Contrato de Seguro de Grupo bajo las regulaciones de ERISA incluyen coberturas de Salud y / o Dental. He revisado y entendido las opciones de beneficios y los requisitos presentados aquí. Entiendo que no puedo ser elegible para inscribirme a mí mismo ya los dependientes si deseo solicitar la cobertura en una fecha posterior, a menos que califique para inscribirme en una fecha posterior de acuerdo con las condiciones especiales de inscripción.

Entiendo que no me inscribo en este plan o en un plan de salud de Marketplace según lo ordenado por PPACA, que puedo estar sujeto a una penalidad impositiva.

H. Autorización del empleado

Entiendo que tengo la opción de pagar las primas de mi plan de salud patrocinado por el empleador mediante una reducción antes de impuestos de mi salario. Entiendo que si esta cantidad aumenta o disminuye durante el año del plan, mi reducción salarial se ajustará para reflejar ese aumento o disminución. Por la presente, solicito la cobertura para la cual estoy ahora o puede ser elegible bajo esta póliza de grupo. Por la presente autorizo la deducción de mis ingresos de la contribución requerida, si la hay, para el costo de dicha cobertura. Autorizo el pago de beneficios médicos a todos los proveedores, cuando corresponda, para los cargos cubiertos por mis beneficios de seguro de grupo. Autorizo a HealthEZ o de cualquier información médica incluyendo copias de los expedientes médicos o información de seguro como sea necesario para la adjudicación de reclamaciones, revisión de utilización o coordinación de beneficios.

A mi leal saber y entender, la información que he proporcionado en este formulario es completa y correcta. Reconozco que los términos de la Descripción Resumen del Plan gobiernan todos los pagos realizados por los Planes.

Employee Signature _____

Date _____