



Forma de Inscripción Médica, Dental y de la Visión

Por favor imprima claramente.

Información del Empleado

Lugar de Trabajo	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Genero
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Numero Telefónico

Información del Dependiente

Apellido del Cónyuge	Nombre	Inicial	Relación	Genero	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Apellido del Dependiente	Nombre	Inicial	Relación	Genero	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social

Elección del Plan de Cobertura Medica

Sección 1

Opción Essential
 Opción Value *Planes Médicos con Deducible Alto*
 Opción Select MedSave Opción 1
 Opción Preferred MedSave Opción 2
 Opción Choice

Individual
 Empleado + Cónyuge
 Empleado + Hijo
 Empleado + Hijos
 Familia

Elija el Plan Opción Deseada Opción Deseada
 Elija Cobertura Tipo Deseado

Yo y/o mi familia contamos con otra cobertura de salud listada a la derecha.
 Opto por renunciar a mi derecho de participar en el plan médico que A Plus Benefits ofrece al empleado y certifico que tengo cobertura en otro grupo, que aparece a la derecha.

Nombre del Plan: _____
 Número de la Poliza: _____
 Personas Cubiertas: _____

Elección del Plan de Cobertura Dental

Sección 2

Plan Value*
 Plan Advantage*
 Plan Choice Indemnity Care
 Plan Choice Indemnity Plus
 Opto no elegir cobertura en este momento.

Individual
 Empleado + Cónyuge
 Empleado + Hijo
 Empleado + Hijos
 Familia

Elija el Plan Opción Deseada
 Elija Cobertura Tipo Deseado

* La mayoría de proveedores de Value y Advantage se encuentran en Utah. Busque en www.emihealth.com para proveedores en su área antes de inscribirse. El Participante no puede terminar el plan antes de completar un año y debe ser durante inscripción abierta. Plan solo podrá ser modificado después de un año y durante inscripción abierta

Elección del Plan de Cobertura de Visión

Sección 3

VSP Low
 VSP High
 Opto no elegir cobertura en este momento

Individual
 Empleado + Cónyuge
 Empleado + Hijo
 Empleado + Hijos
 Familia

Elija Plan Opción Deseada
 Elija Cobertura Tipo Deseado

Busque en www.emihealth.com para proveedores en su área antes de inscribirse. El Participante no puede terminar el plan antes de completar un año y debe ser durante inscripción abierta. Plan solo podrá ser modificado después de un año y durante inscripción abierta

Si usted esta rehusando la inscripción suya o de sus dependientes por causa de la cobertura de otro grupo, usted podrá en el futuro ser capaz de inscribirse usted mismo o sus dependientes en este plan, a condición de que usted solicite inscribirse dentro de los 30 días después de haber terminado su cobertura. Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopciones, usted será capaz de inscribirse y sus dependientes a condición de que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción

Firma del Empleado y Certificación de Exactitud de la Información

Entiendo la información presentada a mí acerca de estos planes y he hecho las selecciones de cobertura representada en este formulario. Autorizo a A Plus Benefits a hacer deducciones de mi sueldo por mi porción del costo, en su caso, de las prestaciones a las que yo pueda adquirir derecho. También entiendo que la cobertura solo se puede eliminar el 1 de Enero o dentro de 30 días de ser elegible para otro plan de grupo del mismo tipo. Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y completa. Entiendo que el dar información falsa o incompleta puede resultar en la pérdida retroactiva de esta cobertura. Entiendo que debo trabajar no menos de 30 horas por semana para seguir siendo elegible de estos planes de beneficios. Una fotocopia de este formulario será tan válida como la original.

X _____
 Firma del Empleado Fecha

Office Use Only

<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Late Enroll <input type="checkbox"/> Qualifying Event:	Hire Date	Effective Date:	Client/Group#:
--	-----------	-----------------	----------------