

INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS/CAMBIO DE FORMULARIO '19-'20

Nombre del empleado: _____	Empresa: _____
Fecha de Contratación: _____	Fecha de Vigencia: _____
Género: _____	DOB: _____
	SSN: _____

SELECCIONE SUS BENEFICIOS

<div style="background-color: #2c4e64; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">Médica</div> <input type="checkbox"/> Rechazar Medical <input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> Solo Empleado <input type="checkbox"/> CHOICE <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> SELECT <input type="checkbox"/> Empleado/Niños <input type="checkbox"/> Empleado/Familia	<div style="background-color: #2c4e64; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">Dental</div> <input type="checkbox"/> Rechazar Dental <input type="checkbox"/> MetLife \$1,500 <input type="checkbox"/> Solo Empleado <input type="checkbox"/> MetLife \$2,000 <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/Niños <input type="checkbox"/> Empleado/Familia	<div style="background-color: #2c4e64; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">Visión</div> <input type="checkbox"/> Rechazar Visión <input type="checkbox"/> Solo Empleado <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/Niños <input type="checkbox"/> Empleado/Familia
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<div style="background-color: #2c4e64; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">Razón de Declinación Médica</div> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Cubierto por el plan gubernamental <input type="checkbox"/> Costo <input type="checkbox"/> Cubierto por otra política <input type="checkbox"/> Cubierto por la familia <input type="checkbox"/> Cubierto por plan independiente	<div style="background-color: #2c4e64; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">HSA</div> <input type="checkbox"/> Rechazar HSA <input type="checkbox"/> Acepte HSA	<div style="background-color: #2c4e64; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">Declaración Jurada del Cónyuge</div> <input type="checkbox"/> Necesario <input type="checkbox"/> No es necesario
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<div style="background-color: #2c4e64; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">Vol Vida de Empleado</div> <input type="checkbox"/> Rechazar seguro de vida extra Cobertura: \$ _____ ** Incrementos de 10K sólo	<div style="background-color: #2c4e64; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">Vida del Cónyuge/AD&D</div> <input type="checkbox"/> Declinar la vida <input type="checkbox"/> Rechazar AD&D Cobertura de vida: \$ _____ Cobertura de AD&D \$ _____ * Incrementos de 5K sólo	<div style="background-color: #2c4e64; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">Vida Infantil/AD&D</div> <input type="checkbox"/> Declinar la vida <input type="checkbox"/> Rechazar AD&D Cobertura de vida: \$ _____ Cobertura de AD&D: \$ _____ ** 2K, 4K, 6K, 8K, o 10K sólo
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<div style="background-color: #2c4e64; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">Vol Empleado AD&D</div> <input type="checkbox"/> Rechazar muerte accidental extra y Desmembramiento Cobertura \$ _____ ** Incrementos de 10K sólo	<div style="background-color: #2c4e64; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">Incapacidad a Corto Plazo</div> <input type="checkbox"/> Rechazar <input type="checkbox"/> Aceptar ** La tasa es de aproximadamente \$4,69 por \$10K de salario **	<div style="background-color: #2c4e64; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">401k</div> <p>Actualmente no soy elegible para participar en el plan 401K y declinar en este momento. Tras la elegibilidad, tendré la oportunidad de inscribirme al principio de cualquier trimestre.</p> <input type="checkbox"/> De Acuerdo
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tenga en cuenta 3TwentyThree Personnel proporciona todos los empleados a tiempo completo con seguro de vida a plazo y muerte accidental y Desmembramiento (ADD) cobertura de seguro para 2X su salario anual de hasta 300k sin costo. Inscribirse en las elecciones anteriores es la cobertura más allá de lo que ofrece la compañía. Cualquier elección anterior será deducida de mi sueldo.

Información Dependiente

3TwentyThree Personnel no permite la cobertura médica para su cónyuge si está disponible a través de su empleador. Si elijo inscribir a un cónyuge bajo mi cobertura, debo completar el adjunto "declaración jurada de cobertura conyugal" indicando que mi cónyuge no tiene cobertura disponible a través de su empleador. El término "cónyuge" se define como su "cónyuge legal, del sexo opuesto".

La falsificación de cualquier documento puede dar lugar a una acción disciplinaria hasta la terminación del empleo.

LA INFORMACIÓN DEPENDIENTE SE ENUMERARÁ EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Firma: _____	Fecha: _____
--------------	--------------

Enumere la Información Dependiente Abajo

Información del Cónyuge Ingresada Abajo

Apellido, Primer M	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	Spouse <input type="checkbox"/>
			F <input type="checkbox"/>	

Información del Niño(s) Introducida Abajo

Apellido, Primer M	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	Niño <input type="checkbox"/>
			F <input type="checkbox"/>	

Apellido, Primer M	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	Niño <input type="checkbox"/>
			F <input type="checkbox"/>	

Apellido, Primer M	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	Niño <input type="checkbox"/>
			F <input type="checkbox"/>	

Apellido, Primer M	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	Niño <input type="checkbox"/>
			F <input type="checkbox"/>	

Apellido, Primer M	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	Niño <input type="checkbox"/>
			F <input type="checkbox"/>	

Apellido, Primer M	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	Niño <input type="checkbox"/>
			F <input type="checkbox"/>	

Apellido, Primer M	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	Niño <input type="checkbox"/>
			F <input type="checkbox"/>	

Apellido, Primer M	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	Niño <input type="checkbox"/>
			F <input type="checkbox"/>	

Apellido, Primer M	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	Niño <input type="checkbox"/>
			F <input type="checkbox"/>	