

Uso Administrativo	Plan	Numero De Cuenta	Numero De Miembro	Código
--------------------	------	------------------	-------------------	--------

- Si usted o sus dependientes desisten en participar, favor de llenar la seccion que se encuentra al final de la aplicacion -

Sección Para Empleador	Por favor marque una caja solamente	Fecha Efectiva	Nombre de la Compañia	Número De Cuenta
	<input type="checkbox"/> Solicitud Inicial <input type="checkbox"/> Solicitud de Cambio <input type="checkbox"/> Inscripción Abierta	____/____/____ mes    día    año		

• Por favor escriba toda la informacion en letra de molde • Firme y ponga la fecha al final de la aplicacion •

Sección para Empleados	Nombre Del Empleado: (apellido) (nombre) (segundo nombre)		Numero De Seguro Social: - -
	Dirección de Casa: (calle) (ciudad) (estado) (código postal)		
	Fecha de Nacimiento: / /	Edad: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conyugal <input type="checkbox"/> Hijos Elegibles: _____
	Fecha Inicial De Empleo: / /	Horas Que Trabaja Por Semana	<b>Opciones de los beneficios</b> (Usted solo puede elegir los beneficios que ofrece su empleador) <input type="checkbox"/> SLICA PPO Grupo Dental <input type="checkbox"/> Opcion 1 <input type="checkbox"/> Opcion 2 <input type="checkbox"/> Opcion 3 (Asegurado por la compania de seguros de vida SLICA) <input type="checkbox"/> Plan A <input type="checkbox"/> Plan B <input type="checkbox"/> Plan C <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Dental (Plan Prepagado) <input type="checkbox"/> Plan Dorado <input type="checkbox"/> Plan Plateado <input type="checkbox"/> Plan de Bronce  <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Mejor Plan (B)    *Codigo Dental: (DHMO Solamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *Codigo de La Vision: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si un consultorio dental o de la visión no son seleccionados por usted o el que usted selecciono no esta disponible, uno será seleccionado por nosotros.

Sección para Dependientes	Favor de proveer toda la informacion para cada una de las personas que desea inscribir:							
	Apellido	Nombre	Sexo	Fecha De Nacimiento	Estudiante Tiempo Completo*	Numero De Seguro Social	# Consultorio Dental	Cambios Para Dependientes
	esposo/a			/ /	N/A	- -		<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Terminar
	hijo/a			/ /	Si No	- -		<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Terminar
	hijo/a			/ /	Si No	- -		<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Terminar
	hijo/a			/ /	Si No	- -		<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Terminar
	hijo/a			/ /	Si No	- -		<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Terminar
	hijo/a			/ /	Si No	- -		<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Terminar
	hijo/a			/ /	Si No	- -		<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Terminar

\* Favor de Facilitar un comprobante que virifique que todos los dependientes de 19 años o mas estudian tiempo completo.

Yo por la presente declaro que trabajo jornada completa para la empresa indicada arriba y que también trabajo regularmente para esta empresa por lo menos 30 horas a la semana. Yo por la presente solicito el seguro de grupo para el cual yo soy o puedo ser elegible bajo las pólizas o contratos emitidas por el Asegurador o por el proveedor de beneficios. Yo autorizo la deducción de mi sueldo de toda contribución que yo tenga que hacer hacia el costo del seguro. Yo comprendo que mi solicitud de seguro debe incluir esta forma o cualquier otra forma que pueda ser necesaria. Toda esta información proveída por mi parte en esta solicitud es verdadera y esta completa y es proveída para solicitar cobertura de seguro.

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Declinacion de Beneficios** Complete esta sección sólo si está rehusando cobertura para usted o un dependiente. Después firme, incluya la fecha y entregue la forma a su empleador. **Declinacion de Beneficios**

Rehuso cobertura para:  Yo Solo     Esposo/a     Hijo(s)  
 Razón de rehuso:     Cubierto bajo Plan de Seguro de Grupo del esposo/a Nombre del plan: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

Yo comprendo que si deseo inscribirme o re-inscribirme después, debo proveer evidencia satisfactoria que califico para tener seguro a la Compañia de Seguro y estaria sujeto a beneficios limitados por un periodo de tiempo especificado. También comprendo que puedo no ser elegible para todos los Planes disponibles a través de empleador.

Nombre Del Empleado (Letra De Molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del Empleado: \_\_\_\_\_