

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NSS
Dirección residencial			Ciudad		Estado	Código postal
Nombre de la compañía	N.º de grupo, si se conoce	Cargo	Fecha de contratación de T/C	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado		
Si su nombre ha cambiado, proporcione el nuevo nombre:			¿Tiene hijos dependientes elegibles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿cuántos?			
¿Esto reemplazará a otro seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Nombre del asegurador <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Otro	
N.º de póliza de la cobertura anterior	Fecha de vigencia de la cobertura anterior	Fecha anticipada de finalización de la cobertura anterior				

¿Está asegurando a sus dependientes? Sí No

Si la respuesta es 'Sí', complete la sección a continuación y explique si hay diferencias en los apellidos, si corresponde. Si la respuesta es no, complete la sección de exención de cobertura a continuación.

Entre los dependientes elegibles se incluye a los cónyuges e hijos dependientes solteros. Los hijos dependientes tienen cobertura hasta los 26 años. La cobertura puede extenderse para los hijos dependientes que vivan en: FL y NE, hasta los 29 años, y OH, hasta los 27 años.

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

Evento calificador (Seleccione uno)	Nombre del dependiente	Relación	¿Es un estudiante de tiempo completo?	Sexo	NSS	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Fecha de ____		Cónyuge	Sí/No	M/F		
<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Nuevo dependiente			Sí/No	M/F		
<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Nuevo dependiente			Sí/No	M/F		
<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Nuevo dependiente			Sí/No	M/F		
<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Nuevo dependiente			Sí/No	M/F		

Certifico que mi fecha de nacimiento, fecha de empleo y otra información en este formulario son correctas, y que trabajo en el establecimiento del empleador en un empleo de tiempo completo de al menos 30 horas por semana. Autorizo a mi empleador a realizar las deducciones necesarias de mis ganancias para proporcionar mi contribución para esta cobertura, y comprendo que mi empleador realiza este servicio para mi beneficio y no en calidad de agente de asegurador. Comprendo que la cobertura no está vigente hasta la fecha de vigencia especificada en el Certificado de Seguro que se me ha entregado. Sin embargo, si me ausento del empleo de tiempo completo en dichas fechas, como resultado de un accidente o enfermedad, acepto que la cobertura no estará vigente. Determino la cobertura vigente y que la cobertura no está vigente si mi empleador no ha realizado una solicitud para esa cobertura. Asimismo, si me aceptan, esta solicitud para seguro grupal formará parte del acuerdo entre BEST Life and Health Insurance Company y yo. Tanto yo como cualquier familiar inscrito aceptamos comprometernos a la cláusula de arbitraje del folleto del Certificado de BEST Life and Health Insurance, si lo hubiera, en lugar de un juicio por tribunales. Acepto que el seguro no comienza hasta que esta solicitud sea aprobada por BEST Life and Health Insurance Co., se entregue mi certificado de seguro y se pague la primera prima.

Aviso de fraude. El siguiente Aviso general de fraude tiene por objeto cumplir con las leyes de su estado. Si alguna parte del idioma estuviera en conflicto, dicho lenguaje se interpretará como una enmienda al punto necesario para poder cumplir con los requisitos mínimos de su estado. Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar o engañar a una compañía de seguros, presenta una solicitud que contenga información materialmente falsa, incompleta o engañosa es culpable de cometer un acto de seguro fraudulento. Esto es delito y está sujeto a procesamiento penal.

Su firma con tinta negra	Fecha
--------------------------	-------

EXENCIÓN DE COBERTURA

Complete aquí si usted o alguno de sus dependientes elegibles rechaza o se niega a cualquier tipo de cobertura ofrecida.

Marque todo lo que corresponda:

Renuncio a la cobertura visual para: Yo y todos los dependientes Solo mi cónyuge Solo mi(s) hijo(s) Mi cónyuge e hijo(s) dependiente(s)

Motivo de renuncia a la cobertura (debe proporcionar un motivo para renunciar a la cobertura) Otra cobertura Costo

Comprendo que si deseo solicitar un seguro visual para mí y mis dependientes en una fecha futura, en virtud de la Fundación de seguros de beneficios para empleados, seré/seremos elegibles para no más de un total de \$75 en beneficios para la vista durante los primeros 12 meses de cobertura.

Su firma con tinta negra	Fecha
--------------------------	-------

Optativos de COBRA

Optativos de COBRA: Si actualmente continúa la cobertura por COBRA o un plan de continuación estatal, ¿cuál es la fecha exacta de su evento calificador?

BEST Use Only	WAIVER	COBRA EE <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	EE 1 = Employee 2 = Dependent 3 = EE & Dependent	DEP. Refusal R = No Coverage O = Other Coverage	SPOUSE EE <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	COB <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	DEP 19+ FTS Y H Y			
Eff. DATE	ER#	COVERAGES	PREV EE/DEP	NEW CHG	WP	#EES	LATE	NEWBORN	APP = A DECL = D	INITIALS

VC0609