

E.D.I.S. APLICACION PARA EL EMPLEADO

Cobertura – Verifique por favor con su empleador que planes están disponibles. Marque todas las casillas que apliquen		
EMPLEADO	DEPENDIENTE	COBERTURA
☐	☐	MEDICO
☐	☐	*FREEDOM: PPO EPO (seleccione uno)
*Selección del Plan Freedom:		☐ \$1,000 ☐ \$1,500
Rodee por favor su selección de plan		☐ \$2,000 ☐ \$2,500
*Selección de red de PPO: _____		
Si nada es escrito, un defecto sera asignado		
☐	☐	FREEDOM DHMO PRE-PAID DENTAL
☐	☐	FULLY SELF-FUNDED DENTAL
☐	☐	FULLY SELF-FUNDED VISION
☐	☐	GROUP LIFE



NOMBRE DE EMPLEADOR:
FECHA DE VIGENCIA:
FECHA DE CONTRATACIÓN:

INFORMACIÓN DEL SUScriptor

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN RESIDENCIAL			NUMERO DE APARTAMENTO
CIUDAD	ESTADO		CODIGO POSTAL
GENERO	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	
TELEFONO DE CASA	TELEFONO DEL TRABAJO	# DE CONSULTORIO DENTAL (Pre - pagado)	IDIOMA HABLADO PREFERIDO:
PARA INSCRIPCIÓN DE ICHRA			
COMPAÑA DE SEGUROS INDIVIDUAL / NOMBRE DEL PLAN:		CLASE DE EMPLEADO:	

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

RELACION	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GENERO	FECHA DEL NACIMIENTO	RAZA	IDIOMA	#DE CONSULTORIO DENTAL	SEGURO SOCIAL

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: ¿Cualquier persona en esta solicitud tiene la intención de continuar con otra cobertura dental grupal? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, nombre de persona: _____ Aseguradora: _____

BENEFICIARIO DE LA COBERTURA DE VIDA: _____ **RELACION:** _____

RENUNCIA A LA COBERTURA

Me han dado la oportunidad de solicitar la cobertura de grupo, pero estoy renunciando a los siguientes beneficios, debido a:

- | | |
|---------------------------------|--|
| ☐ Medico | ☐ Estoy cubierto por el plan de un cónyuge o pareja doméstica. |
| ☐ Dental | ☐ Elijo no elegir la cobertura en este momento. |
| ☐ Visión | ☐ Elijo no elegir la cobertura en este momento para mi cónyuge o pareja doméstica |
| ☐ Vida | ☐ Elijo no elegir cobertura en este momento para mi hijo (s) |

Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para hacer un reclamo por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Nombre de Suscriptor (Imprima por favor)

Firma

Fecha