



**INSCRIPCIÓN CON
AIG American General**
Producto asegurado por The United States Life Insurance
Company in the City of New York, New York, NY
A member company of American International Group, Inc.



ADM. Use Only
Para uso
administrativo
exclusivamente

CASE NO.

EMPLOYEE NO.

CLASS

1-

BENEFITS
T D L S

EFFECTIVE DATE

UWF 48

YES NO

DATE _____

(Llene a máquina o con bolígrafo) (Se puede fotocopiar o duplicar)

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO			SEXO (H/M)
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
EDAD (último cumpleaños)	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)	FECHA EN QUE EMPEZÓ (A TIEMPO COMPLETO) (mm/dd/aa)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DEL EMPLEADOR		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE	INGRESOS SEMANALES \$
UBICACIÓN DEL EMPLEADOR – DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL EMPLEADOR (incluya el código de área)		OCUPACIÓN Y DEBERES	

ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS ELEGIBLES	Estoy solicitando cobertura para <input type="checkbox"/> YO SOLO; <input type="checkbox"/> UNO MISMO E HIJOS <input type="checkbox"/> YO Y MI CÓNYUGE; <input type="checkbox"/> YO, MI CÓNYUGE Y MI(S) HIJO(S)
--------------	---------------------------	---

ADM. Use Only
Para uso administrativo
exclusivamente

Nombre de todos los dependientes a ser asegurados	PARENTESCO (conyuge, hijo, hija)	SEXO (H/M)	FECHA DE NACIMIENTO	Edad	Estudiante a tiempo completo	LATE	T/O	T/O ORTHO	PXT
1.	EMPLEADO				Sí o No		Y or N	Y or N	
2.					Sí o No		Y or N	Y or N	
3.					Sí o No		Y or N	Y or N	
4.					Sí o No		Y or N	Y or N	
5.					Sí o No		Y or N	Y or N	

Trabajo regularmente por lo menos 30 horas semanales para el empleador arriba mencionado. Por la presente autorizo a mi empleador a hacer la deducción que corresponda, si fuera necesario.

X _____ en (ciudad y estado) _____ el (fecha): _____

FIRME CON BOLÍGRAFO PARA LA RENUNCIA DE LA ELEGIBILIDAD, LLENE LA INFORMACIÓN DEL DORSO
Envíe el formulario de inscripción llenado a: Allied National, P. O. Box 29187, Shawnee Mission, KS 66201-9187

603s0508 00850006-3640 R11/04



**INSCRIPCIÓN CON
AIG American General**
Producto asegurado por The United States Life Insurance
Company in the City of New York, New York, NY
A member company of American International Group, Inc.



ADM. Use Only
Para uso
administrativo
exclusivamente

CASE NO.

EMPLOYEE NO.

CLASS

1-

BENEFITS
T D L S

EFFECTIVE DATE

UWF 48

YES NO

DATE _____

(Llene a máquina o con bolígrafo) (Se puede fotocopiar o duplicar)

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO			SEXO (H/M)
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
EDAD (último cumpleaños)	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)	FECHA EN QUE EMPEZÓ (A TIEMPO COMPLETO) (mm/dd/aa)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DEL EMPLEADOR		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE	INGRESOS SEMANALES \$
UBICACIÓN DEL EMPLEADOR – DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL EMPLEADOR (incluya el código de área)		OCUPACIÓN Y DEBERES	

ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS ELEGIBLES	Estoy solicitando cobertura para <input type="checkbox"/> YO SOLO; <input type="checkbox"/> UNO MISMO E HIJOS <input type="checkbox"/> YO Y MI CÓNYUGE; <input type="checkbox"/> YO, MI CÓNYUGE Y MI(S) HIJO(S)
--------------	---------------------------	---

ADM. Use Only
Para uso administrativo
exclusivamente

Nombre de todos los dependientes a ser asegurados	PARENTESCO (cónyuge, hijo, hija)	SEXO (H/M)	FECHA DE NACIMIENTO	Edad	Estudiante a tiempo completo	LATE	T/O	T/O ORTHO	PXT
1.	EMPLEADO				Sí o No		Y or N	Y or N	
2.					Sí o No		Y or N	Y or N	
3.					Sí o No		Y or N	Y or N	
4.					Sí o No		Y or N	Y or N	
5.					Sí o No		Y or N	Y or N	

Trabajo regularmente por lo menos 30 horas semanales para el empleador arriba mencionado. Por la presente autorizo a mi empleador a hacer la deducción que corresponda, si fuera necesario.

X _____ en (ciudad y estado) _____ el (fecha): _____

FIRME CON BOLÍGRAFO PARA LA RENUNCIA DE LA ELEGIBILIDAD, LLENE LA INFORMACIÓN DEL DORSO
Envíe el formulario de inscripción llenado a: Allied National, P. O. Box 29187, Shawnee Mission, KS 66201-9187

603s0508 00850006-3640 R11/04

(Puede ser fotocopiado o ser duplicado)

RENUNCIA DE LA COBERTURA DENTAL COLECTIVA

(Producto asegurado por The United States Life Insurance Company in the City of New York, New York, NY, a member company of American International Group, Inc.)

DESPUÉS de una debida consideración, he elegido:

- No inscribirme a mí mismo y/o a mis dependientes en el plan dental colectivo ofrecido por mi empleador.
- No inscribir a mi cónyuge en el plan dental colectivo ofrecido por mi empleador.
- No inscribir a mis hijos en el plan dental colectivo ofrecido por mi empleador.

Por favor, responda a lo siguiente:

1. Yo y/o mis dependientes tenemos cobertura dental con un plan de beneficios de otro empleador (si su cónyuge está cubierto bajo un plan patrocinado por otro empleador, por favor, proporcione el nombre del empleador) SÍ NO
2. Yo y/o mis dependientes tenemos cobertura dental individual SÍ NO

Nombre del portador de seguro actual arriba _____

Número de teléfono del portador de seguro _____ Caso o número del plan _____

¿Cómo califica para esta cobertura? _____

(ejemplo - empleador de cónyuge, militar jubilado, Medicaid)

3. Opto por no solicitar cobertura para mí o mis dependientes en el plan dental colectivo por razones que no son la posesión actual de cualquier cobertura como se describió anteriormente. Entiendo que tengo derecho a solicitar cobertura en este momento y que estoy rechazando voluntariamente dicha cobertura. SÍ NO

Entiendo que al hacer esto, renuncio a todos los beneficios pagaderos listados abajo para mí y/o para mis dependientes. Además, entiendo que si yo y/o mis dependientes nos inscribimos en este plan en el futuro, los beneficios del primer año pueden ser limitados.

Nombre de su empleador: _____ Número del caso: _____

Fecha: _____ Nombre del empleado: _____

(Llene a máquina o con bolígrafo)

Firma del empleado: _____

Nº de seguro social: _____

602WAIVER

(Puede ser fotocopiado o ser duplicado)

RENUNCIA DE LA COBERTURA DENTAL COLECTIVA

(Producto asegurado por The United States Life Insurance Company in the City of New York, New York, NY, a member company of American International Group, Inc.)

DESPUÉS de una debida consideración, He elegido:

- No inscribirme a mí mismo y/o a mis dependientes en el plan dental colectivo ofrecido por mi empleador.
- No inscribir a mi cónyuge en el plan dental colectivo ofrecido por mi empleador.
- No inscribir a mis hijos en el plan dental colectivo ofrecido por mi empleador.

Por favor, responda a lo siguiente:

1. Yo y/o mis dependientes tenemos cobertura dental con un plan de beneficios de otro empleador (si su cónyuge está cubierto bajo un plan patrocinado por otro empleador, por favor, proporcione el nombre del empleador) SÍ NO
2. Yo y/o mis dependientes tenemos cobertura dental individual SÍ NO

Nombre del portador de seguro actual arriba _____

Número de teléfono del portador de seguro _____ Caso o número del plan _____

¿Cómo califica para esta cobertura? _____

(ejemplo - empleador de cónyuge, militar jubilado, Medicaid)

3. Opto por no solicitar cobertura para mí o mis dependientes en el plan dental colectivo por razones que no son la posesión actual de cualquier cobertura como se describió anteriormente. Entiendo que tengo derecho a solicitar cobertura en este momento y que estoy rechazando voluntariamente dicha cobertura. SÍ NO

Entiendo que al hacer esto, renuncio a todos los beneficios pagaderos listados abajo para mí y/o para mis dependientes. Además, entiendo que si yo y/o mis dependientes nos inscribimos en este plan en el futuro, los beneficios del primer año pueden ser limitados.

Nombre de su empleador: _____ Número del caso: _____

Fecha: _____ Nombre del empleado: _____

(Llene a máquina o con bolígrafo)

Firma del empleado: _____

Nº de seguro social: _____

602WAIVER