



ALLIED NO MÉDICO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

(Llene a máquina o use bolígrafo - Se puede fotocopiar o duplicar)

1. Información del empleado

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO				ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS ELEGIBLES	SEXO (H/M)	ADM. Use Only Para uso administrativo exclusivamente CASE NO. EMPLOYEE NO. CLASS BENEFITS TDLS XS EFFECTIVE DATE UWF 48 YES NO DATE _____
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
EDAD (último cumpleaños)	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)	FECHA EN QUE EMPEZÓ (A TIEMPO COMPLETO)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL				
NOMBRE DEL EMPLEADOR			PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE	INGRESOS MENSUALES BRUTOS \$			
UBICACIÓN DEL EMPLEADOR – DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
TELÉFONO DEL EMPLEADOR (incluya el código de área)		OCUPACIÓN, TÍTULO, DEBERES					
<input type="checkbox"/> SOY <input type="checkbox"/> NO SOY PROPIETARIO, SOCIO O REPRESENTANTE CORPORATIVO DEL EMPLEADOR ANTERIOR							

2. Información de la ventaja

Estoy solicitando cobertura para (marque uno): YO SOLO; YO Y MI CÓNYUGE; YO Y MI(S) HIJO(S); YO, MI CÓNYUGE Y MI(S) HIJO(S)

Elijo (marque todo lo que corresponda): Dental Seguro de vida Inhabilidad a corto plazo Inhabilidad de largo plazo

3. Información de dependientes

Si está inscribiendo a dependientes para cobertura dental, proporcione abajo una lista de todos sus dependientes

Nombre de todos los dependientes a ser asegurados	PARENTESCO (cónyuge, hijo, hija)	SEXO (H/M)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO	ADM. Use Only			
						LAT	D&R T/O	Ortho D&R	PXT
	EMPLEADO								
1.					Sí o No				
2.					Sí o No				
3.					Sí o No				
4.					Sí o No				
5.					Sí o No				

4. Seguro de vida Información del beneficiario

BENEFICIARIO DE SEGURO DE VIDA _____ PARENTESCO _____

Trabajo regularmente el promedio de horas indicado arriba para el empleador mencionado. Por la presente autorizo a mi empleador a hacer las deducciones salariales que correspondan.

Firma X _____ Fecha _____

FIRME CON BOLÍGRAFO

Envíe el formulario de inscripción llenado a: Allied National, P. O. Box 29187, Shawnee Mission, KS 66201-9187

PARA LA RENUNCIA DE LA ELEGIBILIDAD, LLENE LA INFORMACIÓN AL DORSO

(Puede ser fotocopiado o ser duplicado)

RENUNCIA DE LA COBERTURA DENTAL COLECTIVA

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: _____

N° de seguro social: _____