

# inscripción/cambio/cancelación

## formulario de seguro grupal

**COBRA:** Si el individuo continúa recibiendo cobertura  
 Evento que lo califica \_\_\_\_\_  
 Fecha del evento \_\_\_\_\_



Póliza y div. # **010-** \_\_\_\_\_ Cert. # \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador (asegurado) \_\_\_\_\_

**1 inscripción**  **Dental**  **Cuidado de la vista**  Término de todas las coberturas

**información sobre el empleado** Estado civil  Soltero  Casado

Número del seguro social \_\_\_\_\_ Número de dep. \_\_\_\_\_

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del empleado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino

Fecha de contratación de tiempo completo \_\_\_\_\_  Recontratado: Fecha de recontractación \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ Sus honorarios se pagan:  Por hora o  Por salario

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal (ZIP) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (no más de 60 caracteres) \_\_\_\_\_

¿Posee cobertura con otro plan de seguro dental? . . . . . **Empleado:**  Sí  No **Dependientes:**  Sí  No

¿Posee cobertura con otro plan de seguro de cuidado de la vista? . . . . . **Empleado:**  Sí  No **Dependientes:**  Sí  No

### información sobre la cobertura del dependiente

Enumere a todos los dependientes elegibles para agregarlos o darlos de baja. (El empleado debe estar inscrito para cubrir a los dependientes)

nombre legal completo en imprenta (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	agregar	dar de baja	relación	sexo	fecha de nacimiento	número del seguro social
1						
2						
3						
4						
5						
6						

### firma (empleado/asegurado) El certificado sólo brinda beneficios dentales y para el cuidado de la vista. Lea su certificado con detenimiento.

Como empleado y mediante la presente, solicito o cancelo (en caso de haberlo indicado) el seguro grupal, para el cual soy elegible o para el cual podría ser elegible. Si se requiere un aporte, autorizo a mi empleador a debitar las primas de mi salario. **LO SIGUIENTE SÓLO SE APLICA A LOS PLANES DE BENEFICIOS FLEXIBLES DE LA SECCIÓN 125:** Me inscribo en la cobertura hasta el próximo período de inscripción excepto en caso de un evento que cambie mi vida. Los detalles se han explicado en el material de solicitud del plan, el cual he leído y comprendido. Declaro que la información brindada es completa y precisa a mi leal saber y entender. El asegurado certifica que la fecha de empleo, el cargo, las horas trabajadas y la información sobre el salario son correctas de acuerdo con los registros del asegurado.

**X**  
**Firma del empleado (no imprimir)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**X**  
**Firma del asegurado (no imprimir)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

En varios estados, debemos advertirle lo siguiente: Cualquier persona que a sabiendas y con intención de fraude brinde información falsa, incompleta o engañosa en una solicitud de seguro, o quien a sabiendas presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida o un beneficio, es culpable de un delito, y deberá acatar las multas y penas correspondientes, las cuales incluyen el encarcelamiento. Además, pueden negarse los beneficios del seguro en caso de que el solicitante brinde información falsa relacionada sustancialmente con un reclamo. (Declaraciones específicas de los estados al dorso).

Employee late entrant date \_\_\_\_\_

Effective Date	Class	Dep. Code
----------------	-------	-----------

Dependent late entrant date \_\_\_\_\_

### 2 cambio

**Cambio de nombre** Nombre nuevo \_\_\_\_\_ Nombre anterior \_\_\_\_\_

**Agregar cobertura de un dependiente**

Debido a matrimonio, ¿cuál es la fecha de la boda? \_\_\_\_\_

Debido a un nacimiento/adopción, ¿cuál es la fecha del evento? \_\_\_\_\_

Debido a la pérdida de cobertura, fecha y motivo: \_\_\_\_\_

En otros casos, fecha del evento y explicación: \_\_\_\_\_

**Baja en la cobertura de un dependiente** Cantidad de dependientes aún con cobertura: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia de la baja: \_\_\_\_\_

Debido a divorcio  Debido a muerte  Debido a período de elección anual

Otro (explicar) \_\_\_\_\_

### 3 cancelación SI NO DESEA LA COBERTURA, COMPLETE LA SECCIÓN DE CANCELACIÓN. LA CANCELACIÓN PODRÍA NO ESTAR PERMITIDA PARA ESTE PLAN. VERIFIQUELO CON SU EMPLEADOR. He tenido la oportunidad de solicitar el seguro grupal ofrecido por mi empleador y he decidido no aceptar la oferta:

**para mí** (no se aplica a las pólizas en fideicomiso – trust policies)  **sólo para mi cónyuge**  **sólo para mi/s hijo/s**  **para mi cónyuge e hijo/s**

debido a \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía aseguradora y empleador del dependiente \_\_\_\_\_

En caso de querer solicitar este seguro grupal en el futuro, comprendo que se aplicará una penalidad por “inscripción tardía.”

**Aclaración para residentes de California:** La ley de California prohíbe que las compañías de seguro exijan o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de un seguro de salud.

Para las pólizas grupales emitidas, enmendadas, entregadas o renovadas en California, la cobertura del dependiente incluye a los individuos que son concubinos registrados y sus dependientes.

**Servicios de idiomas sin costo.** Puede obtener un intérprete y que le lean los documentos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 877-233-2797. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 800-927-4357.

**Aclaración para residentes de Colorado:** Brindar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con propósitos de cometer un fraude o de intentar cometer un fraude contra dicha compañía es ilegal. Las penas pueden incluir el encarcelamiento, multas, la denegación del seguro y daños civiles. Se deberá informar a la División de Seguros de Colorado (Colorado Division of Insurance) dentro del Departamento de Agencias Reguladoras (Department of Regulatory Agencies) sobre cualquier compañía aseguradora o agente de una compañía aseguradora que brinde, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos al asegurado o al solicitante con el propósito de cometer fraude o intentar cometer fraude contra el asegurado o el solicitante en relación a una liquidación o una adjudicación pagadera por los procedimientos del seguro.

**Aclaración para residentes de Florida:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, embaucar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de delito de tercer grado.

**Aclaración para residentes de New Jersey:** Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de póliza de seguro está sujeto a sanciones civiles y penales.

**Aclaración para residentes de Georgia, Oregon y Virginia:** Cualquier persona que, con intención de cometer fraude o sabiendo que está facilitando un fraude contra el asegurador, presente una solicitud o un reclamo con declaraciones falsas o engañosas, puede haber violado la ley estatal.

**Aclaración para residentes de Pensilvania:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra una compañía aseguradora o cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo con información sustancialmente falsa, u oculte datos con el propósito de brindar información engañosa relacionada con cualquier hecho material, comete un acto fraudulento para con el seguro, el cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones civiles y penales.

---

# Consejos

## para completar este formulario

### Para la inscripción

Los datos faltantes, incompletos o ilegibles pueden provocar demoras para agregar nuevos empleados al sistema y pueden causar errores al facturar. Para asegurar el manejo adecuado de sus formularios de inscripción, asegúrese de completar las siguientes secciones:

**Nombre de la póliza y número del grupo** – Para asegurar que los miembros del plan se agreguen al grupo correcto.

**Números de departamento/división** – Para que los miembros del plan se agreguen en las ubicaciones adecuadas y aparezcan en la sección correcta en la factura si el grupo posee distintos departamentos o divisiones.

**Números del seguro social** – Es el identificador más importante para los miembros del plan a la hora de comunicarse por reclamos o preguntas administrativas. Verifique que el número del seguro social sea el correcto y se lea con claridad.

**Fecha de contratación de tiempo completo** – Necesaria para poder calcular correctamente la fecha de entrada en vigencia para los miembros nuevos.

**Número de clase** – Es necesario cuando el plan posee más de una clase de empleados.

### Para cambios

**Códigos para el cambio de dependientes** – Al agregar o dar de baja dependientes, especifique si el cambio se debe a un “evento que le cambia la vida” o a otra razón. (Ejemplos de eventos que le cambian la vida: matrimonio, nacimiento de un hijo, divorcio, etc.) Recuerde incluir la fecha de tal evento. En caso de no incluir un evento, se aplicará la situación de inscripción tardía. Sea específico al cambiar de situación para que los dependientes que aún son elegibles continúen recibiendo cobertura.

### Imágenes

Para brindar un mejor servicio, nuestro sistema de administración utiliza la tecnología de imágenes. En el sitio destinado para las imágenes, escaneamos los formularios de inscripción y los introducimos a nuestro sistema, para que acceder a ellos sea más fácil y rápido. Los formularios de mejor calidad nos ayudan a procesar las solicitudes más rápidamente. Desafortunadamente, ciertos formularios son difíciles o imposibles de escanear. La siguiente lista de datos útiles le ayudará para que los formularios sean más fáciles de escanear:

#### Qué hacer:

- 1) presentar formularios de inscripción claros y legibles.
- 2) subrayar o marcar con un círculo la información importante.
- 3) utilizar tinta azul o negra.

#### Qué no hacer:

- 1) presentar copias oscuras, ya que aparecen negras en el escaneo.
- 2) resaltar, ya que oscurece la zona y no puede leerse.
- 3) escribir en los márgenes inferiores o superiores. El sistema de imágenes no siempre captura dicha información.

### Servicios de idiomas sin costo

Puede obtener un intérprete y que le lean los documentos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 877-233-2797. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 800-927-4357.