



H.I.H.I.T. Formulario de inscripción y cambios para empleados 2018



EMPLEADOR: POR FAVOR LLENE ESTA SECCION.					
Fecha de vigencia de la cobertura ____/____/____ Nombre del Grupo _____ Número del Grupo _____ Categoría del empleado _____ Ubicación del empleado _____	Horas trabajadas por semana _____ Si está jubilado(a), fecha de jubilación. ____/____/____ Fecha de contrato ____/____/____ Fecha de re-contrato ____/____/____ Fecha en que se transfirió de medio tiempo a tiempo completo ____/____/____	Descripción del evento calificativo (elija una) <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Empleado nuevo <input type="checkbox"/> Agregar dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio o de nombre <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura Titular _____ Dependiente _____ Fecha del evento calificativo: ____/____/____ Fecha en que se procesó ____/____/____ nombre de quien procesó _____	<input type="checkbox"/> Transferencia a COBRA Fecha de comienzo ____/____/____ <input type="checkbox"/> 18 Meses <input type="checkbox"/> 36 Meses		
EMPLEADO: LLENE LO SIGUIENTE. (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA MOLDE, *indica que es obligatorio llenar)					
*Apellido, Nombre, inicial del segundo nombre		*Fecha de nacimiento ____/____/____	*Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	*número de seguro social	
*Domicilio: Ciudad, Estado, Código postal			*Número telefónico de casa	Número telefónico de trabajo	
*Estatus civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) Fecha de matrimonio: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Estado en el que registró unión civil			Correo electrónico		
*Agregar o quitar (Circule una)	*Nombre del dependiente (Si el dependiente tiene un domicilio diferente, por favor agregue) Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	*Número de seguro social	*Genero (Circule una)	*Fecha de nacimiento (Se requiere un acta para hijos de 26 años y mayores)	Relación hacia el empleado
Agregar/ Quitar	Yo		M F	____/____/____	
Agregar/ Quitar	Cónyuge/Pareja de hecho		M F	____/____/____	
Agregar/ Quitar	Hijo(a)		M F	____/____/____	
Agregar/ Quitar	Hijo(a)		M F	____/____/____	
Agregar/ Quitar	Hijo(a)		M F	____/____/____	



H.I.H.I.T. Formulario de inscripción o cambios para empleados 2018

PLAN SELECTIONS	
Selección de planes Médicos y de Medicamentos recetados de Kaiser Foundation Health Plan of Washington o de Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc	<input type="checkbox"/> Sólo el empleado (EE) <input type="checkbox"/> EE & cónyuge <input type="checkbox"/> EE & 1 hijo(a) <input type="checkbox"/> EE & 2+ Hijos <input type="checkbox"/> EE, cónyuge & 1 hijo(a) <input type="checkbox"/> EE, cónyuge & más de 2 hijos Por favor consulte a su empleador para saber los detalles del plan. Si se le ofrece más de un plan, por favor escriba su elección abajo, incluyendo el número de grupo: Plan de Salud _____ Numero de grupo _____
Selección de plan dental de LifeMap o Dental Health Services	<input type="checkbox"/> Sólo el empleado (EE) <input type="checkbox"/> EE & cónyuge <input type="checkbox"/> EE & hijos <input type="checkbox"/> EE & familia Por favor consulte a su empleador para saber los detalles del plan. Si tiene opción doble por favor escriba su elección del plan dental: _____
Plan de la vista de Ameritas	<input type="checkbox"/> Sólo el empleado (EE) <input type="checkbox"/> EE & cónyuge <input type="checkbox"/> EE & hijos <input type="checkbox"/> EE, cónyuge & hijos Por favor escriba su elección del plan de la vista: _____
Life Benefits de TransAmerica	<input type="checkbox"/> 20 años \$25,000 <input type="checkbox"/> 20 años \$50,000 <input type="checkbox"/> 20 años \$100,000 Aliste su beneficiario a continuación.
Firma del empleado: El suscrito entiende que proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro. Los cambios en este formulario reemplazan todos los formularios presentados anteriormente. Autorizo a mi empleador que deduzca la cantidad para la cobertura que he seleccionado de mis ingresos, si hay alguna.	
Firma del empleado	Fecha en la que firmó
Datos de contacto de aseguradoras avaladas	
Benefit Solutions, Inc – 12121 Harbour Reach Dr, Ste. 105, Mukilteo, WA 98275; Customer Service 206.456.9940 Kaiser Permanente: 601 Union Street, Suite 3100, Seattle, WA 98101; Customer Service 888.901.4636 LifeMap: 100 SW Market Street, Portland, OR 97207; Customer Service 800.794.5390 Dental Health Services: 936 N 34 th St, Ste. 208, Seattle, WA 98103; Customer Service 206.633.2300 Ameritas: 5900 O Street, Lincoln, NE 68501; Customer Service 800.659.2223 Transamerica: 433 Edgewood Road NE, Cedar Rapids, IA 53499 Customer Service 800.797.2643 Teladoc: 2 Manhattanville Road, Purchase, NY 10577 Customer Service 800.835.2362 ComPsych: 455 N Cityfront Plaza Dr, Chicago, IL 60611; Customer Service 877.357.4322	
Unicamente para el empleador [For Employer Use Only]	
Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. (Access PPO): <input type="checkbox"/> Diamond (\$500 Ded.) <input type="checkbox"/> Emerald (\$1,000 Ded.) <input type="checkbox"/> Sapphire (\$1,500 Ded.) <input type="checkbox"/> Ruby (\$3,000 Ded.) <input type="checkbox"/> Ruby no Spouse (\$3,000 Ded) <input type="checkbox"/> Opal (\$5,000 Ded.)	
Kaiser Foundation Health Plan of Washington (HMO): <input type="checkbox"/> Jade (\$2,500 Ded.) <input type="checkbox"/> Pearl (\$2,500 Ded.) <input type="checkbox"/> HSA (\$2,500 Ded.) <input type="checkbox"/> Topaz (\$5,000 Ded.) <input type="checkbox"/> Onyx (\$5,000 Ded.)	
LifeMap Dental: <input type="checkbox"/> Plan 1 <input type="checkbox"/> Plan 2 <input type="checkbox"/> Plan 3	
LifeMap Ortho Rider: <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,500 <input type="checkbox"/> \$2,000 LifeMap TMJ Rider: <input type="checkbox"/> \$1,000	
Dental Health Services: <input type="checkbox"/> DHSV <input type="checkbox"/> DHS1	
Ameritas Vision Plan: <input type="checkbox"/> Plan 1 <input type="checkbox"/> Plan 2 <input type="checkbox"/> Plan 3 <input type="checkbox"/> Plan 4 <input type="checkbox"/> Plan 5 <input type="checkbox"/> Plan 6 <input type="checkbox"/> Plan 7 <input type="checkbox"/> Plan 8 <input type="checkbox"/> Plan 9 <input type="checkbox"/> Plan 10	
TransAmerica: <input type="checkbox"/> Basic \$10,000 <input type="checkbox"/> 20 year term \$25,000 <input type="checkbox"/> 20 year term \$50,000 <input type="checkbox"/> 20 year term \$100,000 <input type="checkbox"/> Short Term Disability	
Teladoc: <input type="checkbox"/> ComPsych Employee Assistance Plan: <input type="checkbox"/>	