



H.I.H.I.T. Formulario de inscripción y cambios para empleados 2020



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 _____ Fecha de contrato ____/____/____ Fecha de re-contrato ____/____/____ Fecha en que se transfirió de medio tiempo a tiempo completo ____/____/____	Descripción del evento calificativo (elijá 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) Apellido Nombre Inicial del segundo nombre		*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	Cónyuge/Pareja de hecho			M F	/ /	
Agregar/Quitar	Hijo(a)			M F	/ /	
Agregar/Quitar	Hijo(a)			M F	/ /	
Agregar/Quitar	Hijo(a)			M F	/ /	
Agregar/Quitar	Hijo(a)			M F	/ /	
Información de beneficiario (si el beneficio de vida es ofrecido por empleador)						
Nombre primario del beneficiario:			Domicilio:			
Nombre contingente del beneficiario:			Domicilio:			



H.I.H.I.T. Formulario de inscripción o cambios para empleados 2020

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 Delta Dental of Washington 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: _____
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	
Vimly Benefit Solutions : 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 Delta Dental of Washington : 400 Fairview Ave N Suite 800 Seattle, WA 98109; Customer Service 800.367.4104 Dental Health Services, Limited Health Care Service Contractor : 100 West Harrison Street, Suite S-440, South Tower, Seattle, WA 98119; Customer Service 206.633.2300 Willamette Dental of Washington, Inc. 6950 NE Campus Way, Hillsboro, OR 97124 Customer Service 855.433.6825 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"/> Quartz (\$2,500 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.)	
Delta Dental of Washington: <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 Delta Dental of Washington Ortho Rider: <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,500 <input type="checkbox"/> \$2,000	
Willamette Dental of Washington, Inc: <input type="checkbox"/> 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	
Teladoc: <input type="checkbox"/> ComPsych Employee Assistance Plan: <input type="checkbox"/>	

La versión en inglés es el documento que prevalece. La versión traducida es solo para propósitos informativos