



H.I.H.I.T. Formulario de inscripción y cambios para empleados 2022



EMPLEADOR: POR FAVOR LLENE ESTA SECCION.						
Fecha de vigencia de la cobertura ____/____/____	Horas trabajadas por semana _____	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		
Nombre del Grupo _____	Fecha de contrato ____/____/____					
Número del Grupo _____	Fecha de re-contrato ____/____/____					
Categoría del empleado _____	Fecha en que se transfirió de medio tiempo a tiempo completo ____/____/____					
Ubicación del empleado _____						
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 Las parejas domésticas registradas en el estado de Washington reciben el mismo trato que un cónyuge			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 2022

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 Ameritas Dental o Willamette Dental	<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 :1300 SW 27 th St, Renton, WA 98057; Customer Service 888.901.4636 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	
Únicamente 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.) <input type="checkbox"/> Zircon (\$5,000 Ded.) <input type="checkbox"/> Virtual Plus 1000 <input type="checkbox"/> Virtual Plus 2000 <input type="checkbox"/> Virtual Plus 3000 <input type="checkbox"/> Virtual Plus 5000	
Ameritas Dental: <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 Ameritas Dental 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"/>	
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