HOSPITALITY HEALTH INSURANCE
FORMERLY H.I.H.I.T.

Formulario de inscripción y cambio de empleados 2027

KAISER PERMANENTE® aetna Willamette Dental Group TRANSAMERICA Employee Benefits Ameritas fulfilling life TELADOC. COMPSYCH GuidanceResources® Worldwide

EMPLEADOR: POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN.

Fecha de vigencia de la cobertura ____/____/____

Nombre del grupo _____

Número de grupo _____

Clase de empleado _____

Ubicación del empleado _____

Horas trabajadas por semana Fecha _____

original de contratación Fecha de ____/____/____

recontratación ____/____/____

Fecha de transferencia de tiempo parcial a tiempo completo

____/____/____

Descripción del evento clasificatorio (elige una)

☐ Inscripción Abierta ☐ Nuevo empleado

☐ Agregar dependiente ☐ Cambio de dirección/nombre

☐ Quitar Cobertura ____Abonado ____Dependiente

Fecha del Evento Clasificatorio: ____/____/____

Compañía médica anterior: _____

Fecha de finalización de la cobertura ____/____/____

☐ **Transferencia a COBRA**

Fecha de inicio

____/____/____

☐ 18 meses

☐ 36 meses

EMPLEADO: COMPLETE LO SIGUIENTE.*(POR FAVOR IMPRIMA, *indica campo requerido)*

* Último	Primero	MI	* Fecha de nacimiento	* Género	* Número de Seguro Social
			/ /	☐ M ☐ F	

* Dirección postal: Ciudad, Estado, Código Postal	* Teléfono residencial	Teléfono de trabajo

* Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado Fecha de Casado: ____/____/____ ☐ Pareja de hecho registrada en el estado

Las parejas de hecho registradas en el estado de Washington reciben el mismo trato que un cónyuge

Dirección de correo electrónico*

* Agregar o Eliminar (marque uno)	* Nombre del Dependiente (Si el dependiente tiene una dirección postal diferente, adjunte) Último / Primero / MI	* Número de seguro social	* Género (Círculo uno)	* Fecha de nacimiento (niños de 26 años o más requiere certificado)	Relación con Empleado
Agregar/eliminar	Cónyuge/pareja doméstica registrada		M F	/ /	
Agregar/eliminar	Niño		M F	/ /	
Agregar/eliminar	Niño		M F	/ /	
Agregar/eliminar	Niño		M F	/ /	
Agregar/eliminar	Niño		M F	/ /	

Los hijos dependientes son elegibles para la cobertura hasta los 26 años, independientemente de su estado civil, condición de estudiante o elegibilidad para cobertura bajo otro plan.

Nombre/Relación del Beneficiario Principal:	DIRECCIÓN:
Nombre/Relación del Beneficiario Contingente:	DIRECCIÓN:

HOSPITALITY HEALTH INSURANCE
FORMERLY H.I.H.I.T.

Formulario de inscripción y cambio de empleados 2027

SELECCIONES DE PLANES	
Selección de planes médicos y de medicamentos recetados (Rx) Plan de salud de la Fundación Kaiser de Washington o Plan de salud de la Fundación Kaiser de Washington Options, Inc	☐ **Sólo empleado (EE)** ☐ **EE y cónyuge** ☐ **EE y + Niños** ☐ **EE y familia** Consulte a su empleador para obtener detalles del plan. Si se ofrece más de un plan de salud, escriba su elección, incluido el número de grupo a continuación: ***Plan de salud*** _____ ***Número de grupo*** _____
Selección de planes médicos y de medicamentos recetados (Rx) Aetna Life Insurance Company y sus afiliadas (Aetna)	☐ **Sólo empleado (EE)** ☐ **EE y cónyuge** ☐ **EE y + Niños** ☐ **EE y familia** Consulte a su empleador para obtener detalles del plan. Si se ofrece más de un plan de salud, escriba su elección, incluido el número de grupo a continuación: ***Plan de salud*** _____ ***Número de grupo*** _____
Selección de plan dental Ameritas Dental o Wilamette Dental	☐ **Sólo empleado (EE)** ☐ **EE y cónyuge** ☐ **EE y niños** ☐ **EE y familia** Elección del plan dental: _____
Plan de visión de ameritas	☐ **Sólo empleado (EE)** ☐ **EE y cónyuge** ☐ **EE y niños** ☐ **EE y familia** Elección del plan de visión: _____

Firma del empleado: El abajo firmante entiende que es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro. Los cambios en este formulario reemplazan todos los formularios anteriores enviados. Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos el monto, si corresponde, por la cobertura seleccionada.

Firma del empleado	Fecha de firma

ComPsych PAE (Programa de Asistencia al Empleado)

Teladoc Telesalud

Seguro de Vida TransAmerica

Información de contacto del transportista respaldado

Total Benefit Solutions: 155 108th Ave NE, Ste. 800, Bellevue, WA 98004; Servicio al cliente 800.514.4850

Vimly Benefit Solutions: 12121 Harbor Reach Dr, Ste. 105, Mukilteo, WA 98275; Servicio al Cliente 206.456.9940

Kaiser Permanente: 1300 SW 27th St, Renton, WA 98057; Servicio al cliente 888.901.4636

Aetna Life Insurance Company: 151 Farmington Avenue, Hartford, CT 06156; Servicio al cliente: 888.802.3862

Willamette Dental of Washington, Inc. 6950 NE Campus Way, Hillsboro, OR 97124 Servicio al cliente 855.433.6825

Ameritas: 5900 O Street, Lincoln, NE 68501; Servicio al cliente 800.659.2223

Transamerica: 433 Edgewood Road NE, Cedar Rapids, IA 53499 Servicio al cliente 800.797.2643

Teladoc: 2 Manhattanville Road, Purchase, NY 10577 Servicio al cliente 800.835.2362

ComPsych: 455 N Cityfront Plaza Dr, Chicago, IL 60611; Servicio al cliente 877.357.4322