

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE EMPLEADO

Nombre del Grupo: _____

Plan Médico: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (A COMPLETAR POR RR.HH.)

Inscripción (marcar una casilla): Inscripción Nueva Cambio de Estado de Inscripción Fecha de Vigencia del Seguro/Cambio: _____

Motivo de la Inscripción/Cambio:

Empleado Nuevo Empleado Recontratado Inscripción Abierta Transferencia de Otro Plan Pérdida Involuntaria de Otra Cobertura (debe presentarse

Certificado de Cobertura Anterior)

Casamiento Divorcio Adopción (podría exigirse presentar Documentos Legales) Cambio en Dependiente

Fecha del Evento: _____

Fecha de Contratación:	Fecha en la que el Empleado ingresó en la Categoría de Elegible o Cumplió con Período de Espera No Prescripto (si no fuera la fecha de contratación):	Categoría de Empleado:
------------------------	---	------------------------

Salario Anual del Empleado: \$ _____	Horas Semanales Trabajadas por el Empleado: _____	Cargo: _____
--------------------------------------	---	--------------

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (A COMPLETAR POR EL EMPLEADO)

Nombre del Empleado: _____ Casado Soltero Teléfono: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Agregar	Quitar	Relación con el Empleado	Nombre (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de Nacimiento	Sexo	
						Hombre	Mujer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yo					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cónyuge/Pareja de Hecho					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

¿Está solicitando cobertura algún hijo, que supere el límite de edad de 26 años para dependientes, debido a alguna discapacidad? No Si En caso afirmativo, consulte con Recursos Humanos qué otra documentación es necesaria.

SELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS (A COMPLETAR POR EL EMPLEADO) Por favor, sólo haga una selección para el plan médico, oftalmológico y odontológico.

Regence BCBS – Plan Médico/Medicamentos con Receta (OBLIGATORIO)	<input type="checkbox"/> Sólo Empleado	<input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	<input type="checkbox"/> Rechazo
Health Advocate – Asesor en Reembolsos	<input type="checkbox"/> Adherir	Dirección de Correo Electrónico del Empleado:			
LifeMap Life/AD&D (OBLIGATORIO)	<input type="checkbox"/> Sólo Empleado	*Los empleados únicamente pueden rechazar el Seguro Básico de Vida/AD&D si están rechazando el seguro médico Y su empleador ha decidido ofrecer cobertura de seguro de vida solamente a los empleados que también están adheridos al seguro médico.			<input type="checkbox"/> Rechazo*

Beneficiario del Seguro Básico de Vida/AD&D del Empleado:

Nombre del Beneficiario	Relación	Dirección	% de Beneficio

El Standard (VSP) – Plan Oftalmológico Grupal	<input type="checkbox"/> Sólo Empleado	<input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	<input type="checkbox"/> Rechazo
El Standard (VSP) – Plan Odontológico	<input type="checkbox"/> Sólo Empleado	<input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	<input type="checkbox"/> Rechazo

SELECCIÓN DE PLAN DE BENEFICIOS VOLUNTARIO (A COMPLETAR POR EL EMPLEADO) Por favor, solamente complete esta sección si su empleador ha elegido uno de estos productos.

El Standard (VSP) – Plan Oftalmológico Voluntario	<input type="checkbox"/> Sólo Empleado	<input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	<input type="checkbox"/> Rechazo
LifeMap - Seguro de Vida Voluntario del Empleado (Por favor, consulte la hoja de beneficios y aranceles de LifeMap para conocer los detalles sobre los incrementos y máximos del seguro de vida).	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo(s)	<input type="checkbox"/> Rechazo	
	Monto Solicitado: \$	Monto Solicitado: \$	Monto Solicitado: \$		
También complete el "Formulario de Inscripción y Cambios en Beneficios Voluntarios para Empleados de LifeMap".					
LifeMap - Seguro de Accidentes Voluntario del Empleado	Individual:	<input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padre o Madre + Hijo(s)	<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	<input type="checkbox"/> Rechazo
	<input type="checkbox"/> Empleado		Elección de Padre o Madre:		
	<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Yo		
	<input type="checkbox"/> Hijo		<input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de Hecho		
También complete el "Formulario de Inscripción y Cambios en Beneficios Voluntarios para Empleados de LifeMap".					
Consumer Driven Health Plan Administration (Por favor, complete también y adjunte el formulario de inscripción correspondiente de BSI.)	<input type="checkbox"/> Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)	<input type="checkbox"/> Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos (HRA)	<input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA)	<input type="checkbox"/> Plan de Asistencia para Atención de Dependientes (DCAP)	<input type="checkbox"/> Rechazo

Al solicitar la inscripción aquí indicada, declaro que, según mi conocimiento, toda la información que figura en este formulario es fiel e íntegra, y que todas las personas para quienes estoy solicitando inscripción son elegibles para cobertura. Los cambios efectuados en este formulario invalidan todos los formularios anteriores presentados. Autorizo a mi empleador a deducir de mi remuneración la suma correspondiente, si fuera el caso, a la cobertura seleccionada. AGC Health Benefit Trust, BSI, y las Compañías de Seguro podrán recabar, usar y divulgar información personal protegida (PPI) correspondiente a cada una de las personas inscritas en virtud de esta Solicitud en el desempeño de sus tareas comerciales habituales tales como, entre otras, determinar la elegibilidad para beneficios, pagar pedidos de reembolso, coordinar beneficios con otras aseguradoras o pagadores, contratar seguros y gestionar casos, gestionar prestaciones y auditar la calidad. Las Compañías de Seguro también podrán divulgar Información Personal Protegida a agencias estatales y/o federales o a terceros, de acuerdo con lo dispuesto en las leyes.

Firma del Empleado _____ Aclaración: _____ Fecha: _____

Aviso de Inscripción Especial

Según las disposiciones especiales de inscripción de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), puede ser elegible, en ciertas situaciones, para inscribirse en un beneficio médico ofrecido y contemplado por el Associated General Contractors Health Benefit Trust (el "Trust") durante el año, incluso si anteriormente ha rechazado la cobertura. Este derecho se extiende a usted y a todos sus familiares elegibles.

Usted será elegible para inscribirse y para inscribir a sus familiares elegibles en el Trust si, durante el año, usted o sus familiares han perdido cobertura de otro plan por alguna de las siguientes razones:

- La cobertura finalizó por cese del empleo, divorcio/cese de la pareja de hecho, muerte, pérdida de condición de dependiente o una reducción en las horas que afectó la elegibilidad para recibir beneficios;
- Cobertura porque usted o las personas a su cargo ya no viven o trabajan en un área de servicios de plan;
- Cesaron los aportes patronales al plan;
- Finalizó o se suspendió el plan; o
- Finalizó la cobertura COBRA

Si tiene un nuevo familiar durante el año como resultado de casamiento/inicio de pareja de hecho, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribir a ese familiar, además de inscribirse usted y otros familiares elegibles en el Trust, incluso si anteriormente ha rechazado la cobertura médica.

Tenga en cuenta que los derechos especiales de inscripción se extenderán solamente si notifica a Benefit Solutions, Inc. al (877) 694-8291 dentro de los 30 días del evento.

Hay disponibles derechos especiales de inscripción adicionales si usted o las personas a su cargo:

- Pierden cobertura Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP);
- Se vuelven elegibles por primera vez para un programa de subsidio estatal para el pago de primas a fin de que un hijo reúna los requisitos para un plan médico de su empleador.

A fin de calificar para recibir los beneficios, debe notificar a Benefit Solutions, Inc. al (877) 694-8291 dentro de los 60 días del evento habilitante de Medicaid/CHIP.

Si cumple con alguno de los requisitos anteriores, tendrá disponible una de estas opciones:

- Inscribir a las personas a su cargo en su cobertura médica actual; o
- Inscribirse en cualquier opción de plan médico para el cual usted o sus familiares son elegibles.