



Empleador: Complete la Sección A **Empleado:** Complete las Secciones B-G

Formulario de inscripción/cambio

| | | | | | | | |
|----------|--|---|---|---|------------------------------|----------|-------|
| A | <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN ABIERTA | FECHA DE VIGENCIA DEL CAMBIO ADICIÓN/CAMBIO/CANCELACIÓN (MM/DD/AAAA) ____/____/____ | NOMBRE DEL EMPLEADOR Chayce Corp | FECHA DE CONTRATACIÓN (MM/DD/AAAA) ____/____/____ | NÚMERO DE PLAN 619350 | SUBGRUPO | CLASE |
| | <input type="checkbox"/> CAMBIO | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> NUEVA INSCRIPCIÓN | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> RESTABLECIMIENTO | | | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| B | <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO ____/____/____ | TIPO DE CAMBIO <input type="checkbox"/> Agregar dependiente(s) * <input type="checkbox"/> Información demográfica <input type="checkbox"/> Cambio de PCP <input type="checkbox"/> Jubilación |
| | <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO | |
| * Indique el (los) nombre(s) en la Sección C <input type="checkbox"/> Continuación en virtud de COBRA | | Fecha del evento estipulado como requisito: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Otro _____ |

| | | | | | | | | | | |
|----------|---|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------|--|--|--|--|-----------------------------|
| C | NOMBRE DEL EMPLEADO (<i>Apellido</i>) | | | | (Nombre) | | N.º DEL SEGURO SOCIAL | | | |
| | FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO (MM/DD/AAAA) | | | | TELÉFONO PARTICULAR (____) | | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| | DIRECCIÓN (<i>Calle</i>) | | | (Ciudad) | | | (Estado) | (Código postal) | | |
| | <input type="checkbox"/> SÍ, DESEO OBTENER COBERTURA PARA MÍ Y PARA MIS DEPENDIENTES. (Especifique el apellido si difiere del suyo) | N.º del Seguro social del dependiente | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | T a l l a | P e s o | Sexo | Selección de la cobertura | ¿Estudiante de tiempo completo? | Indique el PCP a continuación (opcional) | ¿Inscripción dental tardía? |
| | Empleado | - - | / / | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Den <input type="checkbox"/> Vis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

INFORMACIÓN ADICIONAL - * DEPENDIENTES: En caso de incapacidad total antes de los 26 años, adjunte un comprobante de la incapacidad para la revisión de la elegibilidad. Los dependientes cuentan con cobertura en virtud del plan médico hasta los 26 años. Es posible que deba presentarse un comprobante de la condición de estudiante para la cobertura dental y/o de la vista. **El n.º de ID de PCP se requiere cuando la opción médica seleccionada debajo es Cigna SureFit®. Si no se elige un PCP a momento de la inscripción, se asignará uno. De lo contrario, el PCP es opcional.

| | | |
|----------|-----------------------------|--------------------------------------|
| D | OPCIONES DE PLANES MÉDICOS: | |
| | <input type="checkbox"/> | HSA (con cuenta bancaria)/ Cigna HSA |
| | <input type="checkbox"/> | Open Access Plus/ Cigna OAP Base |
| | <input type="checkbox"/> | Open Access Plus/ Cigna OAP Buy Up |
| | <input type="checkbox"/> | Rechazar cobertura |

| | | | | |
|----------|------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|
| E | OPCIONES DE PLANES DENTALES: | | OPCIONES DE PLANES DE LA VISTA: | |
| | <input type="checkbox"/> | Cigna Dental Traditional/ Cigna Dental HMO | <input type="checkbox"/> | Cigna Vision/Cigna Vision |
| | <input type="checkbox"/> | Cigna Dental PPO/ Cigna DPPO Base | | |
| | <input type="checkbox"/> | Cigna Dental PPO/ Cigna DPPO Buy Up | | |
| | <input type="checkbox"/> | Rechazar cobertura | <input type="checkbox"/> | Rechazar cobertura |

| | | | | | | |
|----------|--|-----------------------|-------------------|--------------------------------|----------|--------------------------|
| F | OTRA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD: ¿Usted o sus dependientes tienen otro seguro de salud en virtud de un plan colectivo, HMO o Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| | En el caso de una respuesta afirmativa, por favor brinde la siguiente información: | | | | | |
| | NOMBRE DE LA PERSONA CUBIERTA | N.º DEL SEGURO SOCIAL | FECHA DE VIGENCIA | MEDICARE Parte A Parte B | MEDICAID | OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS |

| | | | | | | |
|--|---|---|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | - | - | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - | - | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|----------|--|
| G | FIRMA PARA LA NÓMINA La información anteriormente suministrada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender y acepto las cláusulas que se listan al reverso de este formulario, las cuales he leído y comprendido. |
| | FIRMA DEL EMPLEADO / FECHA |