

<b>Formulario de inscripción de conserjería</b>		<b>Grupo de empleadores: Staffing Group Holdings</b>		
<b>¡Háblanos de ti!</b>				
Apellido	Nombre	Cumpleaños (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro Social	
Dirección postal	Ciudad, Estado, Código Postal		Género	
Correo electrónico	Número de teléfono	Fecha de contratación	Ubicación	
<b>Información de cobertura (marque todo lo que corresponda)</b>				
Plan Preventivo Plus	Solo para empleados	<input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado/Niño <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/>	
Plan Médico Limitado 200	Solo para empleados	<input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado/Niño <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/>	
Dental Plan	Solo para empleados	<input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado/Niño <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/>	
Plan de visión	Solo para empleados	<input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado/Niño <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/>	
<b>Información del dependiente (si corresponde)</b>				
Nombre del dependiente	Género	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Relación	Número de Seguro Social
Nombre del dependiente	Género	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Relación	Número de Seguro Social
Nombre del dependiente	Género	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Relación	Número de Seguro Social
<b>Información del beneficiario (si seleccionó el plan de seguro de vida a término, indique un beneficiario del seguro de vida a continuación)</b>				
Nombre del beneficiario	Relación		Inicio/Teléfono Celular	
<b>Precios por período de pago (52 períodos de pago)</b>				
Plan Preventivo Plus	Empleado \$21.12	<input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge \$43.04	<input type="checkbox"/> Empleado/Niño \$38.42 <input type="checkbox"/> Familia \$59.19	
Plan Médico Limitado 200	Empleado \$20.19	<input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge \$29.54	<input type="checkbox"/> Empleado/Niño \$27.23 <input type="checkbox"/> Familia \$35.54	
Dental Plan	Empleado \$7.15	<input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge \$14.08	<input type="checkbox"/> Empleado/Niño \$14.08 <input type="checkbox"/> Familia \$21.00	
Plan de visión	Empleado \$4.27	<input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge \$8.19	<input type="checkbox"/> Empleado/Niño \$8.19 <input type="checkbox"/> Familia \$11.65	
<b>Firma del empleado</b>				
Firma del empleado		Fecha		

Al firmar este documento, autorizo a mi empleador a deducir semanalmente la cantidad seleccionada de mi cheque de pago.

## Declinación de la cobertura de salud

Recordatorio: Los planes preventivos no afectan a otras coberturas.

Puede tener tanto su cobertura actual como un plan preventivo.

Rechazo de la cobertura médica por una de las siguientes razones:

Cobertura bajo el plan de seguro de un cónyuge - Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_

Inscrito en cualquier otro plan de la compañía de seguros - Nombre de la compañía: \_\_\_\_

Medicare  Sí  NO

Otros (explique): \_\_\_\_\_

**La cobertura me ha sido explicada por mi empleador. Se me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura disponible y he decidido no inscribirme.**

Firma del empleado

Fecha

### Aviso de Inscripción Especial:

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Concierge Benefit Services al 1-888-820-5687.