



PLAN DE VISIÓN Y DISEÑO DENTAL DE ALLIED FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE EMPLEADOS

(escriba a máquina o en letra de imprenta con un bolígrafo - se puede fotocopiar o duplicar)

1. Información del empleado

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO				ESTADO CIVIL		SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO	
DIRECCIÓN							
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área)			N.º DE EMPLEADO
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	CORREO ELECTRÓNICO				CLASE	
FECHA EN QUE EMPEZÓ A TIEMPO COMPLETO (mm/dd/aa)			Nº DE SEGURO SOCIAL			FECHA DE VIGENCIA	
NOMBRE DEL EMPLEADOR			PROM. DE HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE	INGRESOS MENSUALES BRUTOS \$			
UBICACIÓN DEL EMPLEADOR - DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
OCUPACIÓN, CARGO, DEBERES				TELÉFONO DEL EMPLEADOR (incluya el código de área)			

2. Información de beneficios

Los dependientes se inscribirán en la misma cobertura que el empleado.

Solicito cobertura para (marque uno): Mí únicamente Mí y mi cónyuge Mí y mi(s) hijo(s) Mí, mi cónyuge e hijo(s)

Elijo: Dental Visión

3. Información de dependientes

Si está inscribiendo a dependientes para cobertura, proporcione abajo una lista de todos los dependientes

Nombre de todos los dependientes a ser asegurados	Relación (cónyuge, hijo, hija)	Sexo (H/M)	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	Edad	Estudiante a tiempo completo	PARA USO ADMINISTRATIVO EXCLUSIVAMENTE			
							LAT	D y R T/O	Orto D y R	PXT
						Sí o No				
1.						Sí o No				
2.						Sí o No				
3.						Sí o No				
4.						Sí o No				
5.						Sí o No				

Trabajo regularmente el promedio de horas indicado arriba para el empleador mencionado. Por la presente autorizo a mi empleador a hacer las deducciones salariales que correspondan.

Firma _____ Fecha _____

FIRME CON BOLÍGRAFO

Envíe el formulario de inscripción completado por correo a:
Allied National, P. O. Box 29187, Shawnee Mission, KS 66201-9187

PARA RENUNCIA DE ELEGIBILIDAD, COMPLETE EL DORSO

(Puede fotocopiar o duplicarse)
RENUNCIA A LA COBERTURA DENTAL COLECTIVA

DESPUÉS de la consideración debida, he elegido (marque todas las opciones que correspondan):

- No inscribirme en el plan dental colectivo ofrecido por mi empleador.
- No inscribir a mi cónyuge en el plan dental colectivo ofrecido por mi empleador.
- No inscribir a mis hijos en el plan dental colectivo ofrecido por mi empleador.
- No inscribirme en el plan de visión colectivo ofrecido por mi empleador.
- No inscribir a mi cónyuge en el plan de visión colectivo ofrecido por mi empleador.
- No inscribir a mis hijos en el plan de visión colectivo ofrecido por mi empleador.

Por favor, responda a lo siguiente:

1. Yo y/o mis dependientes tenemos cobertura dental o de visión con un plan de beneficios patrocinado por otro empleador (si usted o su cónyuge tienen cobertura bajo un plan patrocinado por un empleador, por favor, proporcione la siguiente información) SÍ NO

Nombre del empleador: _____

Nombre de la compañía de seguros actual arriba indicada: _____

Número de teléfono de la compañía de seguros: _____ Número de caso o plan: _____

2. Yo y/o mis dependientes tenemos cobertura dental o de visión individual..... SÍ NO

3. Opto por no solicitar cobertura para mí o mis dependientes en el plan dental o de visión colectivo por razones que no son la posesión actual de cualquier cobertura como se describió anteriormente. Entiendo que tengo derecho a solicitar cobertura en este momento y que estoy rechazando voluntariamente dicha cobertura. SÍ NO

Entiendo que al hacer esto, renuncio a todos los beneficios pagaderos listados abajo para mí y/o para mis dependientes. Asimismo, entiendo que si yo o mis dependientes deseamos inscribirnos en este plan en el futuro, no podré hacerlo hasta la siguiente inscripción abierta para el plan.

Nombre de su empleador: _____ Número de caso: _____

Fecha: _____ Nombre del empleado: _____

(Escribir a máquina o en letra de imprenta con bolígrafo)

Firma del empleado: _____

N.º de seguro social: _____