



REGISTRO DEL GRUPO / GROUP ENROLLMENT

P.O. BOX 45018 FRESNO CA 93718-5018
 (800) 442-7247 FAX (559) 499-2464

- | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> New Enrollment | <input type="checkbox"/> Annual Enrollment |
| <input type="checkbox"/> Name/Address Change | <input type="checkbox"/> Change Enrollment |
| <input type="checkbox"/> Reinstatement | <input type="checkbox"/> Decline Coverage |
| <input type="checkbox"/> Rehire | <input type="checkbox"/> Termination |

PARTE 1		INFORMACION DE EMPLEADO / EMPLOYEE INFORMATION					
EMPLEADOR		ESCOJA SU PLAN <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> PPO		NUMERO DEL GRUPO		DEPARTMENT:	
APELLIDO DEL EMPLEADO		PRIMER NOMBRE		INICIAL		SEGURO SOCIAL	
DOMICILLO		CALLE		CIUDAD		ESTADO	
FECHA DE EMPLEO		SALARIO : \$ Por: Hora Mes Ano		CANTIDAD DE VIDA: \$		TELEFONO DE CASA	
BENEFICIARIO		RELACION		SEGURO SOCIAL		PROVIDER NETWORK	
						FECHA DE NACIMIENTO: Mes Dia Ano	
						Masculino Soltero Biudo Separado Femenina Casado Divorciado	

PARTE 2		INFORMACION DE DEPENDIENTES / DEPENDENT INFORMATION								
INFORMACION DE SUS DEPENDIENTES (Indique las personas que van a ser cubiertas o terminadas): Indique su Relacion Con El Participante (abreviacion): ESP = Esposo(a) HJO = Hijo HJA = Hija OTR = Otro Dependiente										
AGREGUE/ DESECHAR	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO (masculino/femenina)		RELACION (use la abreviacion)	ESTUDIENTE TIEMPO COMPLETO	DESABILITADO
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D						M	F		Y N	Y N
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D						M	F		Y N	Y N
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D						M	F		Y N	Y N
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D						M	F		Y N	Y N
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D						M	F		Y N	Y N

PARTE 3		OTRA INFORMACION DE SEGURO / OTHER INSURANCE INFORMATION	
Esta usted o alguno de sus dependientes (incluyendo su esposo(a) cubierto bajo otro plan medico o Medicare? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Si contesto "Y" como si, favor de completar la forma de Coordination of Benefits, que esta encerrada.			

NOMBRE DE LAS PERSONAS CUBIERTAS BAJO ESTA POLIZA:

PARTE 4		SEGURO RECHASADO / COVERAGE DELINATION	
Esta parte sera completada si usted decide rechazar el seguro, es rechazado por parte de la compania de seguro, o rechazado por un empleado o miembro elejible de la familia.			
SEGURO DE SALUD (escoja lo que sea aplicable) No quiero seguro para: Mi Esposo(a) Hijos e Hijas Esposo(a) y Hijos(a)		RAZONES POR QUAL NO QUIERO SEGURO DE SALUD (escoja lo que sea aplicable si no quiere el seguro) Cubierto bajo el seguro de me esposo(a) Esposo(a) cubierto bajo el seguro de su empleador Cubierto bajo Medicare Otra razon (explique) _____	

Yo entiendo que el seguro ofresido bajo este plan ha sido explicado a mi por medio de mi empleador y yo se que yo tengo todo el derecho ha aplicar para ser cubierto. Me han dado la oportunidad para aplicar para este seguro y yo lo he rechazado para mi y mis dependientes si tengo algunos, y entiendo que evidencia de seguribilidad puede ser requerido si yo escojo ha aplicar para ser cubierto mas tarde bajo otra fecha. Yo he hecho esta decicion voluntariamente y nadie me ha tratado de influenazar o ha ponido precion para que yo decline este seguro.

Si esta rechazando seguro para el empleado / dependientes, firme aqui _____ Fecha de Firma _____

PARTE 5 **DECLARACION / DECLARATION**

Yo quiero la cantidad de seguro por cual yo puedo ser elegible bajo los beneficios del grupo para empleados por medio del empleador y autorizo que tomen las deducciones de mi cheque antes de impuestos (si es aplicable solamente) como sea requerido para cubrir mi porcion de los premios. Yo confirmo la informacion dada arriba de benefisario.

Firma del Empleado _____ Fecha de Firma _____