

TEAM

MEDICAL – DENTAL/VISION

ENROLLMENT / CHANGE FORM

YOU MUST COMPLETE AND RETURN THIS FORM WHETHER OR NOT YOU ARE ENROLLING IN BENEFITS

To be completed by the employer	Effective Date	Date of Hire	<input type="checkbox"/> New Enrollment	<input type="checkbox"/> Open Enrollment	<input type="checkbox"/> Dependent Addition	<input type="checkbox"/> Dependent Deletion
GROUP #: _____			<input type="checkbox"/> Change Address	<input type="checkbox"/> Loss of Coverage (you will need to submit proof)		

PLEASE CHOOSE A MEDICAL PLAN: GOLD SILVER BRONZE **DENTAL & VISION:** YES NO

EMPLOYEE NAME (LAST)	(FIRST)	(MIDDLE)	MARITAL STATUS:
			<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widowed

STREET ADDRESS	Social Security Number	Date of Birth	Sex
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female

CITY	STATE	ZIP	Home Phone	Work Phone	Medicare # (if applicable)

DEPENDENT INFORMATION - dependents can only enroll in a plan if the employee is enrolled in that same plan.

Spouse Name - Last	First	Middle	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth	Social Security Number	<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental/Vision
Dependent Name - Last	First	Middle	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth	Social Security Number	<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental/Vision
Dependent Name - Last	First	Middle	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth	Social Security Number	<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental/Vision
Dependent Name - Last	First	Middle	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth	Social Security Number	<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental/Vision

COORDINATION OF BENEFITS – You MUST complete this section:

Will you or any other covered family member have insurance that will be in effect at the same time as this plan? YES NO

If yes, list which family member(s) and the name of the insurance company?

CONDITIONS OF ENROLLMENT

I hereby apply for myself and my eligible dependents listed, and authorize my employer to make deductions, as required for the premium on a pre-tax basis. I understand by accepting enrollment in the section 125 plan I may not drop the plan during the year unless I have a Qualifying Event. I agree, for myself and for any eligible dependents listed, to abide by the rules and regulations of this plan. I authorize any licensed physician, hospital, or health care provider to furnish medical information about myself and any eligible dependents listed, as may be required. I certify that the information provided is true and correct to the best of my knowledge. I understand that my coverage and benefits may be affected by the failure to provide complete and accurate information.

SIGNATURE	DATE

WAIVER OF COVERAGE

To be completed if any coverage is declined or refused by an eligible employee and/or their eligible family members. Please check the box that is applicable:

I decline Medical Coverage for :	<input type="checkbox"/> Myself <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Dependents	I decline Dental & Vision Coverage for :	<input type="checkbox"/> Myself <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Dependents
---	---	---	---

I acknowledge that the available coverage has been explained to me by my employer, and I know that I have every right to apply for coverage. I have been given the chance to apply for this coverage and I have decided not to enroll myself and/or dependent(s), if any. I have made this decision voluntarily and no one has put any pressure on me to decline coverage. If I waive coverage at this time I understand that I will not be eligible for health benefits until the next open enrollment period, unless I or my dependents have a newly eligible event such as (divorce, marriage, birth, adoption, or loss of health coverage). **HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 (HIPAA) Special enrollment Rights -** If you are declining enrollment for yourself and your dependents (including your spouse) because of other health insurance coverage, you may in the future be able to enroll yourself or your dependents in this plan, provided that you request enrollment within 30 days after your other coverage ends. In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents, provided that you request enrollment within 30 days after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

SIGNATURE	DATE

TEAM

MEDICO – DENTAL/VISION

Forma de Inscripción /Cambio

Usted debe completar y devolver este formulario o no se inscribe en beneficios

To be completed by the employer GROUP #: _____	Fecha Elegible	Fecha de Contratación	<input type="checkbox"/> Nueva Inscripción	<input type="checkbox"/> Inscripción Abierta	<input type="checkbox"/> Anadir Dependientes	<input type="checkbox"/> Quitar Dependientes
			<input type="checkbox"/> Cambio de Dirección	<input type="checkbox"/> Pérdida de Cobertura		

FAVOR DE ESCOGER MEDICO PLAN:	<input type="checkbox"/> GOLD	<input type="checkbox"/> SILVER	<input type="checkbox"/> BRONZE	DENTAL & VISION:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Apellido del Empleado (Apellido Paterno únicamente)	Nombre	Estado Civil:
		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo

Dirección	Numero de Segura Social	Fecha d Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-----------	-------------------------	--------------------	---

Ciudad	Estado	Codigo Postal	Telefono del Hogar	Telefono del Trabajo	No. de Medicare (si aplica)
--------	--------	---------------	--------------------	----------------------	-----------------------------

DEPENDENT INFORMATION - dependientes sólo pueden inscribirse en un plan si el empleado está inscrito en el mismo plan.

ESPOSA(O) (Apellido del Esposo)	Nombre	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha d Nacimiento	Numero de Segura Social	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental/Vision
---------------------------------	--------	--	--------------------	-------------------------	--

DEPENDIENTE (Apellido Paterno)	Nombre	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha d Nacimiento	Numero de Segura Social	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental/Vision
--------------------------------	--------	--	--------------------	-------------------------	--

DEPENDIENTE (Apellido Paterno)	Nombre	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha d Nacimiento	Numero de Segura Social	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental/Vision
--------------------------------	--------	--	--------------------	-------------------------	--

DEPENDIENTE (Apellido Paterno)	Nombre	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha d Nacimiento	Numero de Segura Social	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental/Vision
--------------------------------	--------	--	--------------------	-------------------------	--

COORDINACION DE BENEFICIOS – TIENE QUE LLENAR ESTA SECCION:

Usted o alguien de su familia que este cubriendo bajo este plan tiene otra seguridad? SI NO

Si la respuesta es si favor indique quien y el nombre de la seguridad?

CONDICIONES DE INSCRIPCION AL PLAN (Firme únicamente si acepta cobertura)

Aplico yo y mis dependientes elegibles mencionados arriba, y autorizo a mi empleador a hacer las deducciones necesarias, para pagar las tarifas basadas antes de impuestos. Aceptando el registro en la sección del plan 125 estoy de acuerdo que no podré dar de baja el plan durante el año a menos que tenga un evento calificativo. Estoy de acuerdo por mi y mis dependientes elegibles, a obedecer las reglas de éste plan. Autorizo a cualquier médico con licencia, hospital o proveedor de salud a dar información acerca de mí y de mis dependientes elegibles., como sea requerido. Certifico que la información dada es verdadera y correcta en lo mayor de mi conocimiento. Entiendo que mi cobertura y beneficios médicos pueden ser afectados si no doy la información completa y correcta.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Renuncia de cobertura

Ser completada si cobertura es rechazada por un empleado elegible y/o alguno de sus dependientes. Por favor marque la opción que aplica:

Renuncio a la cobertura médica para los Mí Misma ESPOSA(O) DEPENDIENTE Renuncio a la cobertura dental y visión para Mí Misma ESPOSA(O) DEPENDIENTE

Reconozco que la cobertura médica a la que soy elegible me ha sido explicada por mi empleador, y estoy consciente que tengo el derecho de aplicar para cobertura médica. He tenido la oportunidad de inscribirme y lo he rechazado para mí y/o mis dependientes elegibles. En cualquiera de los casos, he hecho esta decisión voluntariamente y nadie ha puesto presión en mí para rechazar dicha cobertura. Si decido no inscribirme en ésta ocasión, entiendo que no seré elegible para tener beneficios médicos hasta la próxima fecha de inscripción, a menos que yo ó uno de mis dependientes elegibles pasen por un evento calificable como divorcio, matrimonio, nacimiento, adopción, o pérdida de otro plan medico.). **HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 (HIPAA)** Derechos Especiales de Inscripción- Si usted esta rechazando cobertura para usted o para alguno de sus dependientes (incluyendo a su esposa(o) porque tiene otra seguridad; y si esa seguridad termina, usted y su familia tendrá la oportunidad de inscribirse en este plan. Tendrá que llenar una forma de inscripción antes de 30 días en cual la otra seguridad termino. Además si tiene un nuevo dependiente por causa de matrimonio, nacimiento de un bebe o una adopción deberá inscribirlos dentro de 30 días de la fecha de acontecimiento.

FIRMA _____ **FECHA** _____