

¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

## Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver /

### Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado

<b>Effective Date of Enrollment, Termination or Change: / Fecha de entrada en vigencia de la inscripción, finalización o cambio:</b>		/01/		<b>Employer Name: / Nombre del empleador:</b>		<b>Class / Clase</b>			
<b>Check One / Marque una casilla</b>		<input type="checkbox"/> New Enrollee / <i>Nuevo solicitante</i>		<input type="checkbox"/> Cancellation / <i>Cancelación</i>		<input type="checkbox"/> Name Change / <i>Cambio de nombre</i>		<input type="checkbox"/> Add Dependents / <i>Agregar dependientes</i>	
		<input type="checkbox"/> Waiving / <i>Renuncia</i>		<input type="checkbox"/> COBRA / <i>COBRA</i>		<input type="checkbox"/> Delete Dependents / <i>Eliminar dependientes</i>		<input type="checkbox"/> Address Change / <i>Cambio de dirección</i>	
<b>Personal Information: (Please Print Clearly) / Información personal: (en letra imprenta legible)</b>									
<b>Employee Name: / Nombre del empleado:</b>		Last: / <i>Apellido:</i>				<b>SSN: / N.° de Seguro Social:</b>			
		First: / <i>Nombre:</i>				<b>Date of Birth: / Fecha de nacimiento:</b>		____/____/____	
		M.I: / <i>Inicial del segundo nombre:</i>				<b>Hire Date: / Fecha de contratación:</b>		____/____/____	
<b>Mailing Address: / Dirección:</b>						<b>Hours per week: / Horas por semana:</b>			
<b>City: / Ciudad:</b>		<b>State: / Estado:</b>		<b>Zip Code: / Código postal:</b>					
<b>Phone: / Teléfono:</b>		<b>Marital Status: / Estado civil:</b>		<b>Date of Marriage: / Fecha de matrimonio:</b>		<b>Gender: / Sexo:</b>		<input type="checkbox"/> Male / <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Femenino</i>	
<b>Election / Elección</b>									
<b>Name of Enrolling Dependent(s) / Nombre de los dependientes del solicitante</b>		<b>Birth Date / Fecha de nacimiento</b>		<b>Relationship to Employee / Parentesco con el empleado</b>		<b>Sex / Sexo</b>		<b>SSN / N.° de Seguro Social</b>	
								<b>Medical / Plan médico</b>	
								<b>Dental / Plan dental</b>	
1)				<input type="checkbox"/> Spouse / <i>Cónyuge</i> <input type="checkbox"/> Child / <i>Hijo</i> <input type="checkbox"/> Domestic Partner / <i>Pareja de hecho</i>		<input type="checkbox"/> Male / <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Femenino</i>		<input type="checkbox"/> Add / <i>Agregar</i> <input type="checkbox"/> Delete / <i>Eliminar</i>	
2)				<input type="checkbox"/> Child / <i>Hijo</i>		<input type="checkbox"/> Male / <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Femenino</i>		<input type="checkbox"/> Add / <i>Agregar</i> <input type="checkbox"/> Delete / <i>Eliminar</i>	
3)				<input type="checkbox"/> Child / <i>Hijo</i>		<input type="checkbox"/> Male / <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Femenino</i>		<input type="checkbox"/> Add / <i>Agregar</i> <input type="checkbox"/> Delete / <i>Eliminar</i>	
4)				<input type="checkbox"/> Child / <i>Hijo</i>		<input type="checkbox"/> Male / <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Femenino</i>		<input type="checkbox"/> Add / <i>Agregar</i> <input type="checkbox"/> Delete / <i>Eliminar</i>	
5)				<input type="checkbox"/> Child / <i>Hijo</i>		<input type="checkbox"/> Male / <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Femenino</i>		<input type="checkbox"/> Add / <i>Agregar</i> <input type="checkbox"/> Delete / <i>Eliminar</i>	

¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

## Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver / Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado

<b>Beneficiary for Basic Life / AD&amp;D Insurance Benefit / Beneficiario para el beneficio de seguro de vida básico/por muerte accidental y desmembramiento</b>					
<b>Name: / Nombre:</b>		<b>Relationship: / Parentesco:</b>			
<b>Address: / Dirección:</b>					
<b>Current Coverage, Prior Coverage and Coordination of Benefits: / Cobertura actual, cobertura anterior y coordinación de beneficios:</b> If you or any dependent currently has or has had other group medical coverage (including Medicare) within the last three calendar months, please complete below. / Si usted o algún dependiente tiene actualmente o ha tenido cobertura médica grupal (incluso Medicare) en los últimos tres meses calendario, complete la siguiente sección.					
<b>Name of Family Member / Nombre del miembro de la familia</b>	<b>Other Employer (or Medicare) / Otro empleador (o Medicare)</b>	<b>Date Coverage Began / Fecha de inicio de la cobertura</b>	<b>Date Coverage Ended / Fecha de finalización de la cobertura</b>	<b>Name of Insurance Carrier / Nombre de la compañía aseguradora</b>	<b>Plan Number / Número de plan</b>
<b>Mediante mi firma a continuación, reconozco que he leído, comprendo y acepto los términos y condiciones incluidos en todas las páginas de este formulario.</b>					
<b>Employee Signature / Firma del empleado</b>				<b>Date / Fecha</b>	

## Términos y condiciones

### Acuerdo de solicitud

Por el presente solicito la cobertura en virtud del contrato entre el emisor y mi empleador o grupo, y estoy de acuerdo con los términos del contrato. También solicito la misma cobertura para mi cónyuge y/o mis hijos incluidos en esta solicitud. Certifico que mis dependientes incluidos y yo cumplimos con todos los criterios de elegibilidad establecidos en el resumen de beneficios y/o el contrato.

Acepto pagar por adelantado las tarifas correspondientes por mí y mis dependientes incluidos y autorizo los aumentos de tarifas que la compañía considere necesarios.

### Declaración antifraude

Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las penalidades incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro. He proporcionado estas respuestas como parte del procedimiento de solicitud requerido por el emisor para inscribirme en la cobertura y certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que el emisor se basará en cada respuesta para tomar determinaciones sobre cobertura y calificación.

¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

## **Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver /**

### ***Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado***

#### **Divulgación de la información**

Reconozco y entiendo que mi plan de salud puede solicitar o divulgar información de salud sobre mí o mis dependientes (personas que son elegibles para la cobertura de beneficios y se enumeran en el formulario de inscripción) con el propósito de facilitar el tratamiento de atención de la salud, los pagos o con el fin de realizar operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de atención de la salud o según lo requerido por la ley. La información de salud solicitada o divulgada puede estar relacionada con el tratamiento o los servicios prestados a través de: un médico, dentista, farmacéutico u otro médico o profesional de atención de la salud especialista en comportamiento, una clínica, un hospital, un centro médico de atención a largo plazo o de otro tipo, cualquier otra institución que brinde tratamiento, consultas, fármacos o suministros, o una compañía aseguradora o plan de salud grupal. La información de salud solicitada o divulgada puede incluir, entre otros: registros de reclamaciones, correspondencia, historias clínicas, estados de cuenta, informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales o registros hospitalarios (incluidos los registros de enfermería y notas de progreso). Este reconocimiento no se aplica a la obtención de información sobre notas de psicoterapia. Se utilizará una autorización por separado para las notas de psicoterapia.

**Medical Coverage Underwritten by**  
**Regence BlueCross BlueShield of Oregon; 200 SW Market Street; Portland, OR 97201**

**Dental Coverage Underwritten by**  
**Delta Dental Of Washington; 400 Fairview Avenue North, Suite 800, Seattle, WA 98109**

**Life and AD&D Insurance Benefits are underwritten by:**  
**USABLE Life; P.O. Box 1650 Little Rock, AR 72223**

**Employee Assistance Plan Insurance Benefits are underwritten by:**  
**UpriseHealth; 2 Park Plaza, Ste 1200; Irvine, CA 92614**

**Vision Insurance Benefits are underwritten by:**  
**VSP Vision Care, Inc. (HCSC); 3333 Quality Drive; Rancho Cordova, CA 95670**

*Administered by Vimly Benefit Solutions, Inc.*

*Physical address:*  
*12121 Harbour Reach Drive, Suite 105*  
*Mukilteo, WA 98275*

*Mailing address:*  
*PO Box 6*  
*Mukilteo, WA 98275*

*Phone:*  
*(425) 771-7359*

*Fax:*  
*(425) 771-1226*

*E-mail:*  
*vgbt@vimly.com*