

¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver /

Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado

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

¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver /

Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado

Beneficiary for Basic Life / AD&D Insurance Benefit/ Beneficiario para el beneficio de seguro de vida básico/por muerte accidental y desmembramiento					
Name: / Nombre:		Relationship: / Parentesco:			
Address: / Dirección:					
Current Coverage, Prior Coverage and Coordination of Benefits: / Cobertura actual, cobertura anterior y coordinación de beneficios: 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.					
Name of Family Member / Nombre del miembro de la familia	Other Employer (or Medicare) / Otro empleador (o Medicare)	Date Coverage Began / Fecha de inicio de la cobertura	Date Coverage Ended / Fecha de finalización de la cobertura	Name of Insurance Carrier / Nombre de la compañía aseguradora	Plan Number / Número de plan
Mediante mi firma a continuación, reconozco que he leído, comprendo y acepto los términos y condiciones incluidos en todas las páginas de este formulario.					
Employee Signature / Firma del empleado				Date / Fecha	

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:
155 NE 100th Street, Suite 510
Seattle, WA 98125-8009

Mailing address:
PO Box 75449
Seattle, WA 98175-0449

Phone:
(425) 771-7359

Fax:
(425) 771-1226

E-mail:
vgbt@vimly.com