



# DIOCESE of BAKER

## Formulario de Inscripción de Seguro de Salud y Vida

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
				Masculino      Feminino
Dirección de Residencia (Incluye Ciudad, Estado & Código Postal)		Número de teléfono		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				Soltero      Casado
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Correo electrónico				

### RECHAZO DE LA COBERTURA

No deseo aplicar para la cobertura ofrecida.

Este rechazo no aplica para seguro de vida o beneficios semanales de discapacidad.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### SELECCIÓN DE COBERTURA

#### Médica, Dental, Vision

Soltero(a)     Emp/Esposo(a)  
 Emp/Hijo     Familia

#### Seguro de vida y seguro pagado por la empresa y discapacidad a corto plazo (obligatorio)

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_

SSN del beneficiario: \_\_\_\_\_

Relación del Beneficiario: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SUS DEPENDIENTES

Dependientes elegibles Nombre, Inicial, Apellido	Dirección (Incluir Ciudad, Estado, Código Postal)	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Estudiante Universitario de Tiempo Completo
Esposo(a):					
Hijo:					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hijo:					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hijo:					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hijo:					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Si tiene más dependientes, por favor escriba en una hoja aparte y adjúntela.

**OTRA COBERTURA:** Además de esta cobertura, ¿Alguien nombrado en esta solicitud está cubierto por otros planes de seguro?

Si     No    Si Marcó "SI" en la casilla, por favor complete la siguiente información.

Nombre de la Compañía de Seguros	Fecha de Inicio de la cobertura	Médica ó Dental	Soltero o Familia	Miembros cubiertos

**INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE:** ¿Alguna de las personas que solicita cobertura está inscrita actualmente en Medicare?

Si     No    Si Marcó "SI", por favor complete la siguiente información y adjunte una copia de su tarjeta de Medicare.

Nombre del beneficiario de Medicare	Fecha de inicio de la cobertura	¿Part A ó Part B?	Elegibilidad de Medicare debido a ser mayor de 65 años, ¿Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) ó Discapacidad Total?



# DIOCESE of BAKER

## Formulario de Inscripción de Seguro de Salud y Vida

### ACEPTACIÓN

Por la presente me inscribo bajo la cobertura del plan de beneficios de mi empleador y autorizo que mi empleador o sucesor para restar las deducciones requeridas, si hay alguna deducción, de mi sueldo. Entiendo que soy elegible para inscribirme en el tipo de cobertura, como es ofrecida por mi empleador, como se encuentra listada en la sección SELECCIÓN DE COBERTURA; Sin embargo Yo entiendo y libremente rechazo mi elegibilidad de cobertura en la sección de RECHAZO DE COBERTURA. Yo entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización de deducción mediante la ejecución de anulación por escrito. Otorgo mi consentimiento y autorización para que cualquier médico, hospital, clínica, instalación de la administración de veteranos, otro médico o instalación médica relacionada, aseguradora o reaseguradora, Medical Information Bureau, Inc., Agencia verificadora de crédito para consumidores o cualquier otra organización, institución o persona que tenga acceso a cualquier registro para proporcionar a los administradores del plan de beneficio ya sean los registros de mis (6 mis niños menores) acerca de mí (6 mis niños) su identidad, diagnóstico, pronóstico ó tratamiento. Entiendo que el tipo de información a ser divulgada incluye registros médicos y el propósito de esta divulgación puede ser para aplicar para una cobertura de seguro, obtener el pago después de un reclamo a la aseguradora, para una determinación de discapacidad, para una evaluación de rehabilitación vocacional o para investigación legal. Además, entiendo que a menos sea revocado por escrito, este consentimiento permanecerá en vigor durante el tiempo necesario para realizar el propósito para el cual fue otorgado. Puedo solicitar una copia de esta autorización. Estoy de acuerdo que una copia fotostática de esta autorización tendrá la misma validez del documento original.

Fecha:

Firma del empleado:

### SECCIÓN DEL EMPLEADOR

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Parish/School Name

Hire Date

Effective Date

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Hours per Week

Hourly Rate

Annual Salary

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Date:  Authorized Signature:

### \*IMPORTANTE: POR FAVOR LEER ANTES DE INSCRIBIRSE\*

#### Notificación del Derecho de Inscripción Especial

Si rechaza la inscripción de usted o sus dependientes (incluido su cónyuge/pareja) porque tiene otra cobertura de salud. Es posible que, en el futuro, pueda inscribirse o pueda inscribir a sus dependientes en el plan si solicita la inscripción en el término de 31 días después de que finalice su otra cobertura. Además, si usted tiene un nuevo dependiente como consecuencia de haber contraído matrimonio, nacimiento, adopción o por ser parte en una demanda por adopción, es posible que pueda inscribirse o pueda inscribir a sus dependientes si solicita la inscripción en el término de 31 días después de haber contraído matrimonio, nacimiento, adopción o de la demanda por adopción.