

# AmeriBen COMMERCIAL ROOFING BENEFITS

1007019

Por favor, **escriba claramente** con letras de imprenta y complete ambas caras del formulario

NOMBRE DEL EMPLEADO/A (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)		N° DE SEGURO SOCIAL	
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		N° DE HIJOS ELEGIBLES
DOMICILIO DEL EMPLEADO/A		CIUDAD	ESTADO
		CÓDIGO POSTAL	CONDADO
TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO EN EL TRABAJO	DIRECCIÓN DE E-MAIL	
ESTADO CIVIL	FECHA DE CASAMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNLLUGAL	¿TRABAJA EL CÓNLLUGAL ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

### ELECCIÓN DE OPCIÓN DE PLAN

<b>Opción Medica</b> <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> BASICO	<b>NIVEL DE COBERTURA MEDICA</b> <input type="checkbox"/> ÚNICAMENTE EMPLEADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO/A + 1* <input type="checkbox"/> FAMILIA* * COMPLETE LA SECCIÓN DE DEPENDIENTE
<b>Opción Dental</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NINGUNO	<b>NIVEL DE COBERTURA DENTAL</b> <input type="checkbox"/> ÚNICAMENTE EMPLEADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO/A + 1* <input type="checkbox"/> FAMILIA* * COMPLETE LA SECCIÓN DE DEPENDIENTE

**ESTADO DEL TABACO:** Por favor, proporcione la información solicitada en lo que respecta al uso del tabaco.  
 ¿Actualmente fuma /usa el tabaco?  SÍ  NO

**INCLUSO SI RECHAZA LA COBERTURA, DEBE FIRMAR EN EL REVERSO**

### SEGURO DE VIDA

Commercial Roofing Benefits ofrece seguro de vida para empleados al costo de la compañía en la cantidad de \$ 30.000.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL	RELACIÓN	N° DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DEL SEGUNDO BENEFICIARIO (Recibirá beneficios si fallece el beneficiario principal)	RELACIÓN	N° DE SEGURO SOCIAL

### DEPENDENT INFORMATION FOR THOSE ELECTING BENEFITS AND RESIDING IN U.S.

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	INFORMACIÓN PERSONAL	¿ES EL DEPENDIENTE DISCAPACITADO?	¿ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN OTRO PLAN?	INFORMACIÓN DEL OTRO PLAN
CÓNLLUGAL	NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SEGUROS
	FECHA DE NACIMIENTO			N° DE SEGURO SOCIAL
HIJO/A	NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SEGUROS
	FECHA DE NACIMIENTO			N° DE SEGURO SOCIAL
HIJO/A	NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SEGUROS
	FECHA DE NACIMIENTO			N° DE SEGURO SOCIAL
HIJO/A	NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SEGUROS
	FECHA DE NACIMIENTO			N° DE SEGURO SOCIAL

### BENEFITS ADMINISTRATION SECTION

EFFECTIVE DATE	PPO
OCCUPATION	DIVISION
FULL-TIME EMPLOY DATE	PART TIME EMPLOY DATE
	<input type="checkbox"/> HOURLY <input type="checkbox"/> SALARIED
<input type="checkbox"/> <b>NEW ENROLLEMENT</b> CONTINUOUS COVERAGE EFFECTIVE DATE <input type="checkbox"/> SPECIAL ENROLLMENT SITUATION <input type="checkbox"/> LATE / OPEN ENROLLMENT <input type="checkbox"/> FULL-TIME <input type="checkbox"/> ACTIVE <input type="checkbox"/> PART-TIME <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> RETIRED	
<input type="checkbox"/> <b>TERMINATION</b> <input type="checkbox"/> VOLUNTARY <input type="checkbox"/> EMPLOYEE <input type="checkbox"/> INVOLUNTARY <input type="checkbox"/> DEPENDENT	
<input type="checkbox"/> <b>ENROLLMENT CHANGE</b> <input type="checkbox"/> NAME <input type="checkbox"/> STATUS CHANGE <input type="checkbox"/> ADDRESS <input type="checkbox"/> RE-ENROLLMENT <input type="checkbox"/> BENEFICIARY <input type="checkbox"/> OPEN ENROLLMENT <input type="checkbox"/> OTHER _____	

I testify that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

DATE

BENEFIT ADMINISTRATOR SIGNATURE

**DECLARACIÓN DEL PLAN**

Entiendo que las elecciones se mantendrán en vigencia hasta el último día del Año del plan para el que son efectivas. Entiendo además que, en caso de haber un cambio sustancial en el costo de la cobertura del Plan, el Empleador podría aumentar automáticamente, durante el Año del plan, los descuentos por plantilla que debo hacer por cada período salarial para abonar los beneficios que he elegido. Entiendo además que las elecciones de descuentos por plantilla establecidas continuarán en vigencia a pesar de cualquier reducción en los beneficios que haya elegido. Además, entiendo que puedo cambiar las elecciones durante el Año del plan sólo si (a) experimento un "cambio de estado", según lo define la ley correspondiente, y si mi cambio de elecciones es coherente con dicho "cambio de estado", (b) ejerzo el Derecho del Período Especial de Inscripción (según se describe en el Aviso de Derechos del Período Especial de Inscripción a continuación), o (c) si califico (bajo la ley correspondiente, según lo determine el Administrador del plan) para realizar otro cambio de selección debido a ciertos cambios en el costo de la cobertura u otros motivos. Entiendo además que, si no completo y presento un nuevo Formulario de elección durante el siguiente período anual de elección, mis elecciones continuarán vigentes hasta que sean modificadas en un Formulario de elección posterior durante un período de elección anual posterior o hasta que sean modificadas debido a un "cambio de estado" o a un cambio sustancial en la cobertura o un aumento sustancial en el costo de la cobertura bajo el Plan, y doy conformidad por el presente a cualquier aumento a mi descuento salarial en cualquier período subsiguiente para pagar cualquier aumento en el costo de cobertura en esto(s) período(s). Entiendo que las elecciones indicadas podrían necesitar modificaciones de parte del Empleador para asegurar que el Plan cumpla con las reglamentaciones impositivas correspondientes.

**INFORMACIÓN SOBRE LAS ELECCIONES**

A menos que renuncie a la cobertura, entiendo que mi empleador ajustará mi salario para pagar primas o contribuciones bajo los beneficios médicos / de visión y / o beneficios dentales que he elegido para mí y / o mis dependientes en este formulario sobre una base antes de impuestos.

Entiendo que mi renuncia que he elegido para mí y los dependientes elegibles permanecerá en vigor durante todo el año del plan, a menos que haya incurrido en uno de los explicada en el Aviso de Períodos Especiales de Inscripción o en la Descripción Sumaria del Plan, que me han proporcionado.

**AVISO DE PERÍODOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN**

Aunque decida no inscribirse en la cobertura de salud del Plan para usted o sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura de seguro de salud, podrá inscribirse o inscribir a sus dependientes en la cobertura de salud del Plan en el futuro, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores (a menos que la otra cobertura sea Medicaid, solicite la inscripción dentro de 60 días) a la finalización de la otra cobertura de sus dependientes por una de las siguientes razones:

- (1) usted pierde elegibilidad (o su dependiente pierde elegibilidad) para la otra cobertura;
- (2) cesan las contribuciones del empleador para la otra cobertura; o
- (3) si la otra cobertura es una cobertura de continuación COBRA, dicha cobertura COBRA ha concluido.

Además, si tiene nuevos dependientes por casamiento, nacimiento, adopción o admisión para adopción, podrá inscribirse e inscribir a sus dependientes en la cobertura de salud del Plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al casamiento, nacimiento, adopción o admisión para adopción. Si decide no inscribirse ni inscribir a sus dependientes elegibles en la cobertura de salud porque tiene (o sus dependientes tienen) otra cobertura de salud, su empleador puede exigirle que certifique dicha cobertura como condición para preservar cualquier derecho futuro de inscripción especial que usted o sus dependientes puedan tener en caso de cesar la cobertura existente. Si el empleador requiere dicha información, usted recibirá un formulario por separado que deberá completar.

**SIGNATURE**

EMPLOYEE SIGNATURE

DATE

