

Se debe completar EN SU TOTALIDAD – POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE — El presente formulario no será válido sin las firmas correspondientes en la página 2, y se devolverá si no está completo.

<input type="checkbox"/> No Beneficio <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D	Nombre	Apellido
Dirección de Envío		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono Residencial	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	
Número de Seguro Social/ Numero de Membresía	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Vigencia (DD/MM/AA)	Fecha de Contratación (Obligatorio) (DD/MM/AA)	
Número de Grupo	Número de Departamento/Subgrupo	
Nombre Completo del Empleador		
Dirección del Empleador		

Selección de Cobertura – Confirmar las opciones disponibles con su empleador. Marque las que correspondan.

Plan de Atención Dental

<input type="checkbox"/> Discount - Silver <input type="checkbox"/> Co-Pay - Gold <input type="checkbox"/> Co-Pay - Platinum <input type="checkbox"/> Co-Insurance PPO* - Gold <input type="checkbox"/> Co-Insurance PPO* - Platinum <input type="checkbox"/> Co-Insurance Indemnity - Platinum	<input type="checkbox"/> Co-Insurance PPO/MAC - Platinum <input type="checkbox"/> Co-Insurance Passive PPO - Platinum <input type="checkbox"/> ACA EHB Child Only <input type="checkbox"/> Otro _____ Opciones Duales. Si procede, seleccione Alto o Bajo, para indicar el tipo de plan. De lo contrario, deje la opción en blanco. * Cuando la ley lo permita <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Bajo
--	---

Planes para el Cuidado de la Vista

<input type="checkbox"/> Vis 1 <input type="checkbox"/> Vis 7 <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Vis 2 <input type="checkbox"/> Vis 8	<input type="checkbox"/> Vis 3 <input type="checkbox"/> Vis 9	<input type="checkbox"/> Vis 4 <input type="checkbox"/> Vis 10	<input type="checkbox"/> Vis 5 <input type="checkbox"/> Vis 11	<input type="checkbox"/> Vis 6
---	--	--	---	---	--------------------------------

Cobertura por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) - Disponible solamente para residentes de Utah y Texas

Contributivo - Cantidad \$ _____

Trabajador (Complete la información del beneficiario en el Formulario de Designación)
 Trabajador y Familia (Indique las personas cubiertas y firme la página 2)

Voluntario

AD&D - Cantidad \$ _____ (Complete la información del beneficiario en el Formulario de Designación) Las sumas principales oscilan desde \$10,000 a \$250,000. Consulte el folleto de planificación para obtener las especificaciones.

Personas Cubiertas - Enliste las personas a quienes usted desea inscribir, cambiar y/o terminar.

<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D	Nombre del Cónyuge - (Apellido, Nombre, Inicial del 2do nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D	Nombre del Dependiente - (Apellido, Nombre, Inicial del 2do nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D	Nombre del Dependiente - (Apellido, Nombre, Inicial del 2do nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D	Nombre del Dependiente - (Apellido, Nombre, Inicial del 2do nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> AD&D	Nombre del Dependiente - (Apellido, Nombre, Inicial del 2do nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)

For additional dependents include the Dependent Enrollment Form

¿Está cubierto por otro seguro de atención dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre de la compañía.	Nombre de la Persona Asegurada:	Número de Seguro Social:
---	--	---------------------------------	--------------------------

Autorización de Cobertura/Cambio

Autorización: A continuación, marque la opción que corresponda si no desea alguna cobertura. A continuación, marque la opción que corresponda si desea renunciar a la cobertura, si ya cuenta con una cobertura adicional por medio de otra póliza.

Entiendo que las leyes de privacidad protegerán mi información personal, y la divulgarán únicamente de acuerdo a sus disposiciones. Las únicas personas que tendrán acceso a esta información son los trabajadores de la compañía de seguros que administran mi póliza de seguro o reclamaciones, así como otros terceros autorizados por la compañía de seguros. Además, la información puede darse a conocer a aquellos que tengan una necesidad relacionada con seguros reglamentarios o jurídicos para dicha información. En otras situaciones, le pediremos a usted una autorización por escrito para divulgar su información personal.


ADVERTENCIA: ES UN DELITO PROPORCIONAR, A SABIENDAS, INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O CUALQUIER OTRA PERSONA. LAS SANCIONES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO Y/O MULTAS. ADEMÁS, UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS PUEDE NEGAR CUALQUIER BENEFICIO DE COBERTURA SI EL SOLICITANTE PRESENTA INFORMACIÓN FALSA RELACIONADA ESENCIALMENTE CON UNA RECLAMACIÓN.

Advertencia de fraude para los solicitantes en Kentucky:

ADVERTENCIA: TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE CONTRA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO QUE CONTenga INFORMACIÓN ESENCIALMENTE FALSA O QUE CON FINES ENGAÑOSOS OCULTE INFORMACIÓN PERTINENTE A ALGÚN HECHO MATERIAL EN LA MISMA, INCURRIRÁ EN UN ACTO FRAUDULENTO CONTRA LA LEY DE SEGURO, LO CUAL CONSTITUYE UN DELITO.

Entiendo y acepto que si mi empleador contribuye al costo de cualquiera de los productos de seguros que he decidido rechazar, no tendré derecho a indemnización alguna por mi falta de participación.

Firma del Empleador (Obligatorio) _____ Fecha (DD/MM/AAAA) _____

 ACE USA es la división nacional de operaciones de ACE Limited. Los productos y servicios de seguros son proporcionados por las compañías de seguros de los Estados Unidos y no por ACE Limited. Este plan de seguro está suscrito por ACE Propiedades y Accidentes Insurance.
ace usa