

NORTH AMERICA ADMINISTRATORS, L.P. FORMA DE INSCRIPCIÓN

Patrón _____ Departamento _____ Clase: _____ <input type="radio"/> Cada Hora <input type="radio"/> Asalariado	<input type="radio"/> De Jornada Completa <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Readmisión de Cobertura
---	--

INFORMACIÓN DE EMPLEADO

Nombre de Empleado:	Último	Primero	Inicial Media	Número de Seguridad Social	Sexo	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
Dirección de la Calle	Teléfono Casa #		ESTADO CIVIL <input type="radio"/> Solo <input type="radio"/> Casado SOLICITAR: <input type="radio"/> Solo <input type="radio"/> Solo y Esposo <input type="radio"/> Solo y Niños <input type="radio"/> Solo y Familia	ELECCIONES DE COBERTURA <input type="radio"/> Plan Básico <input type="radio"/> Dental <input type="radio"/> Visión <input type="radio"/> Vida <input type="radio"/> Dependiente Vida <input type="radio"/> Suplementaria Vida <input type="radio"/> Incapacidad Ingresos <input type="radio"/> LTD	VOLUMEN _____ _____ _____ _____		
Ciudad	()						
Estado	Código postal	Condado					
Nombre de Beneficiario:	Último	Primero	Inicial Media	Relación			

FECHA DE ALQUILER _____
FECHA DE VIGENCIA _____
COMENTARIOS _____
USO DE LA OFICINA SOLO
FECHA TRATADA _____
USUARIO I.D. _____

USE EL ESPACIO DEBAJO PARA PONER A TODOS LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES EN UNA LISTA QUE USTED DESEA CUBRIR. El apellido requirió de ser diferente del empleado. Si cualquier dependiente tiene una dirección diferente por favor note el número dependiente (i.e., #1, 2, 3, etc.) y la dirección sobre la espalda de la forma.

1. Nombre de Esposo	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo	Número de Seguridad Social	
		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H		
2. Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo	Número de Seguridad Social	Relación <input type="radio"/> Niño Natural <input type="radio"/> Hijastro <input type="radio"/> Otro _____
		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H		
3. Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo	Número de Seguridad Social	Relación <input type="radio"/> Niño Natural <input type="radio"/> Hijastro <input type="radio"/> Otro _____
		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H		
4. Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo	Número de Seguridad Social	Relación <input type="radio"/> Niño Natural <input type="radio"/> Hijastro <input type="radio"/> Otro _____
		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H		
5. Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo	Número de Seguridad Social	Relación <input type="radio"/> Niño Natural <input type="radio"/> Hijastro <input type="radio"/> Otro _____
		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H		
6. Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo	Número de Seguridad Social	Relación <input type="radio"/> Niño Natural <input type="radio"/> Hijastro <input type="radio"/> Otro _____
		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H		

OTRA INFORMACIÓN DE SEGUROS	
¿Son usted o cualquiera de sus dependientes cubiertos por otro seguro? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Si sí, usted debiera llenar la información siguiente para licenciarse en cualquier momento como un Inscrito Especial. (Ate la hoja separada si requieren el espacio adicional.)	
Nombre de Persona Cubierta por Otro Seguro	Número de Seguridad Social
Nombre de Otro Patrón	Grupo Nu.
Nombre de Otra Compañía de Seguros	
Dirección de Otra Compañía de Seguros	

Yo por la presente le solicito el alcance a que yo ahora soy permitido o a que puedo llegar a ser permitido bajo las provisiones del Plan del Grupo o Planes publicado por North America Administrators, L.P. Autorizo las deducciones de mis ganancias de las contribuciones requeridas, si cualquiera, hacia el costo del alcance por mi empleador.

Reconozco que he sido dado la oportunidad de elegir el alcance bajo los planes del beneficio del grupo y por la presente disminuye el alcance para el siguiente: _____

Disminuyo el alcance porque: _____

(USTED DEBE COMPLETAR "OTRA INFORMACIÓN DEL SEGUROS" SI APLICABLE)

Certifico que el encima de información es verdad y correcto. Yo por la presente autorizo a todos médicos, los farmacéuticos, los hospitales u otras instituciones que rinden el cuidado y el tratamiento para proporcionar a North America Administrators, L.P. con información repleta con respecto al tratamiento médico (inclusive copias de sus registros). Autorizo también cualquier Unión, los Fideicomisos, Portador de Empleador o Seguro a proporcionar a North America Administrators, L.P. con información con respecto a beneficios a que yo/nosotros podemos ser permitidos. Una copia o la fotocopia de esta autorización se considerarán como efectivas y válidas como la original.

FIRMA DE EMPLEADO _____ FECHA _____