

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL EMPLEADO PLAN D1WR/2764550001

INSTRUCCIONES:

1. **Usted, el empleado, debe llenar esta solicitud.** Usted es el único responsable de la veracidad y cabalidad de la información.
2. Se debe contestar todas las preguntas en forma completa, y todas las firmas y fechas deben incluirse en los espacios indicados; de lo contrario, es posible que se le devuelva la solicitud, causando un retraso en su procesamiento y un posible retraso de la fecha de vigencia de la cobertura.
3. Si usted rechaza toda cobertura, sírvase llenar únicamente las Secciones 1 y 4.
4. **Escriba claramente en letra de molde utilizando tinta azul o negra.**

1 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO - Debe ser llenada por el empleado.

<input type="checkbox"/> Inscripción para Grupo Nuevo <input type="checkbox"/> Empleado Nuevo <input type="checkbox"/> Reinscripción		<input type="checkbox"/> Cambiar selección de cobertura <input type="checkbox"/> Otro (explicar, por favor) _____		Fecha de Vigencia MM//DD//AA Solicitada / /	
No. de Seguro Social - -		Apellido		Nombre	
				Inicial <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	Estado Civil
Domicilio		Departamento #	Ciudad		Estado
					Código Postal
No. de Teléfono Particular ()	Fecha de Empleo a Tiempo Completo MM/DD/AA / /	No. de Horas de Trabajo Semanal		Ocupación/Cargo	
Nombre del Empleador Carpenters Health & Welfare Trust of Southern California		Grupo # 2764550001	Div #	No. de Teléfono de la Empresa ()	

2 SELECCIÓN DE COBERTURA DENTAL - Sírvase averiguar con su empleador los planes disponibles.

Seleccione un solo Plan Dental.

Planes Dental de Tipo HMO* Si usted escoge un plan dental HMO, debe seleccionar un Dentista General, Ortodoncista y Proveedor de Atención Visual de la Red para cada familiar (hasta 3 Dentistas Generales, Ortodontistas, un Proveedor de Atención Visual por familia). Si usted no selecciona un proveedor, se le asignará uno dentro de 30 días a partir de su inscripción. *Los planes dental tipo HMO únicamente están a la disposición de los Residentes de California.		Por favor complete lo siguiente para cada miembro de su familia inscribiéndose en el plan. Puede seleccionar un Dentista General, Ortodoncista y Proveedor de Atención Visual de la Red para cada familiar (hasta 3 Dentistas Generales, Ortodontistas, un Proveedor de Atención Visual por familia).
<input type="checkbox"/> D1WR-2764550001		

3 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO/PERSONAS DEPENDIENTES - Inclúyase a sí mismo y únicamente a aquellos familiares elegibles que se inscriben.

"Dependiente" elegible significa su cónyuge o concubino; hijo(s) o cónyuge/concubino menor(es) de 19 años, o hijo(s) soltero(s) a partir de los 19 años y hasta los 23 años (véase la nota) que cumplan los requisitos como dependientes para fines del impuesto a la renta federal y/o sean estudiantes a tiempo completo, o física o mentalmente incapacitados. Si usted inscribe a un hijo dependiente mayor de 19 años, sírvase llenar un formulario de Constatación de Dependiente e incluirlo con esta solicitud. Golden West/UniCare exige anualmente la acreditación escrita de la condición del estudiante. **Nota: La edad máxima de los dependientes puede variar. Sírvase confirmar la edad máxima para dependientes con el administrador de beneficios de su empresa.**

Si el apellido de su cónyuge es diferente del suyo, ¿es porque él o ella es su concubino? Sí No

Apellido	Nombre	Inicial	Sexo M F	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	No. de Segura Social	Dentista #	Orto #	Vision #
Empleado(a)				/ /	/ /			
Cónyuge/Concubino				/ /	/ /			
Hijo Dependiente #1				/ /	/ /			
Hijo Dependiente #2				/ /	/ /			
Hijo Dependiente #3				/ /	/ /			
Hijo Dependiente #4				/ /	/ /			
Hijo Dependiente #5				/ /	/ /			

4 AUTORIZACIÓN - La siguiente Autorización debe ser firmada por TODO EMPLEADO que solicita la cobertura.

ES VERDAD: De acuerdo a mis creencias y leal saber y todo la información en esta forma esta correcta y es verdad. Entiendo que esta solicitud y toda información obtenida por Golden West Dental & Vision antes de la fecha de vigencia de cobertura constituyen el fundamento para conceder cobertura bajo el plan. Además, autorizo a mi empleador a descontar de mi sueldo todo aporte necesario para que se destine al pago de este plan. Certifico que estoy trabajando en el lugar de negocios de mi empleador en modalidad de empleo permanente.

Entiendo que la solicitud de mi empleador será decisiva para la cobertura y que no habrá cobertura a menores y hasta que la presente solicitud y la solicitud por parte de mi empleador sean aceptadas y aprobadas por Golden West Dental & Vision. Aun en el caso de que la presente solicitud sea aprobada, cualquier afirmación o omisión puede resultar en el rechazo de reclamaciones futuras y/o en la revocación de la póliza.

ESTOY SOLICITANDO COBERTURA DE TIPO PPO: Yo entiendo que si he solicitado cobertura PPO, me hago responsable de una mayor parte de los costos de salud cuando utilizo un proveedor no participante. Si se selecciona un plan PPO y se utiliza un proveedor no participante, los pagos se basarán en el costo cubierto y yo me haré cargo de todo monto en exceso de aquél pago. Estoy consciente de que al no solicitar cobertura PPO en forma oportuna, me expongo a la posibilidad de beneficios reducidos o de un retardo de la fecha de vigencia.

ESTOY SOLICITANDO COBERTURA DE TIPO HMO: Yo entiendo que si he solicitado cobertura HMO, me hago responsable del pago de los servicios prestados que no sean autorizados por mi proveedor HMO seleccionado.

AUTORIZO: a mi dentista profesional, a todo hospital o clínica, y a cualquier asegurador o empleador a proporcionar información acerca de mí a Golden West Dental & Vision. Dicha información se relacionará con mi empleo, otra cobertura de seguro, o atención, consejo, tratamiento o suministros para cualquier condición física o médica.

X

Firma del Empleado

Fecha (mes/día/año)

Prohibición de Pruebas de VIH: La ley de California prohíbe que las compañías de seguro de salud exijan o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.

ACUERDO DE ARBITRAJE: Si su cobertura se recibe bajo un plan patronal particular regido por ERISA (la Ley para la Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado de 1974), es posible que ciertas disputas no estén sujetas a las siguientes disposiciones:

Yo entiendo que toda disputa entre mí persona (y/o cualquier dependiente) y Golden West Dental & Vision debe resolverse mediante arbitraje vinculante si el monto en disputa excede el límite jurisdiccional del Small Claims Court [Tribunal de Demandas Menores], mas no por pleito legal ni recurso al proceso judicial, excepto según lo estipulado por la ley de California para casos de la revisión judicial de procesos arbitrales. Bajo esta cobertura, tanto el afiliado como Golden West Dental & Vision renuncian al derecho de resolver una disputa en una corte de justicia ante un jurado. Golden West Dental & Vision y el afiliado convienen, además, en renunciar a todo derecho de perseguir demanda colectiva alguna demanda o controversia con otra parte. Para obtener más información respecto al arbitraje vinculante, remitase a su Condición de Cobertura/Certificado.

Si estoy inscrito en un plan de beneficios subsidiado por el empleador y regido por ERISA (la Ley para la Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado de 1974, 29 U.S.C. sección 1001, et seq.), entiendo que cualquier disputa en cuanto a una determinación sobre beneficios adversa en el caso de una reclamación de atención a la salud puede ser sometida a arbitraje vinculante voluntario luego de la conclusión del proceso de apelación para reclamaciones bajo ERISA.

Por mi firma a continuación doy fe que he revisado la información proporcionada en esta solicitud y según mi leal saber y entender es verídica y correcta, sin omisiones y sin tergiversaciones.

o **Completar y Enviar por Correo a:**

Carpenters Health and Welfare Trust of Southern California
533 S. Fremont Ave.
Los Angeles, CA 90071-1706