

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre _____ Seguro Social _____
 Empleador _____ Fecha de contratación _____
 Fecha de nacimiento _____ Sexo Hombre Mujer
 Dirección _____ Número de teléfono _____
 _____ Email _____

INFORMACIÓN DEPENDIENTE

Nombre _____ Seguro Social _____
 Fecha de nacimiento _____
 Hombre Mujer Cónyuge Niño

Nombre _____ Seguro Social _____
 Fecha de nacimiento _____
 Hombre Mujer Cónyuge Niño

Nombre _____ Seguro Social _____
 Fecha de nacimiento _____
 Hombre Mujer Cónyuge Niño

Nombre _____ Seguro Social _____
 Fecha de nacimiento _____
 Hombre Mujer Cónyuge Niño

ELECCIONES DE COBERTURA

Elección Médica (elige 1)				
Tarifas semanales	Solo Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Niño(s)	Familia
EnhancedCare	<input type="checkbox"/> \$21.23	<input type="checkbox"/> \$41.53	<input type="checkbox"/> \$42.74	<input type="checkbox"/> \$62.11
EliteCare	<input type="checkbox"/> \$44.22	<input type="checkbox"/> \$95.76	<input type="checkbox"/> \$97.82	<input type="checkbox"/> \$144.18
MV Zero*	<input type="checkbox"/> \$93.72	<input type="checkbox"/> \$191.76	<input type="checkbox"/> \$167.07	<input type="checkbox"/> \$268.99

*Las tarifas del plan MV están sujetas a cambios según la asequibilidad. Comuníquese con su empleador para tarifas específicas.

Elección Complementaria				
Tarifas semanales	Solo Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Niño(s)	Familia
ExtraCare	<input type="checkbox"/> \$11.31	<input type="checkbox"/> \$22.62	<input type="checkbox"/> \$22.62	<input type="checkbox"/> \$33.92

renunciar a la cobertura

RECONOCIMIENTO DE EMPLEADO

Por la presente, reconozco la oferta de cobertura de seguro de salud, que proporciona la cobertura mínima esencial (MEC) y valor mínimo (MV), para mí y mis dependientes elegibles. Si elijo cobertura, autorizo a mi empleador a hacer reducciones salariales para mi parte de las primas del seguro. Entiendo que no puedo hacer cambios en mis elecciones de cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta de mi empleador o debido a un evento calificador.

Firma _____

Fecha _____