

Formulario de Inscripcion 2026

Instrucciones: Favor de completar todas las secciones y firmar.

TIPO DE INSCRIPCION

- Inscripcion Abierta
- Nueva Inscripcion
- Cambio
- Cancelar

FOR HEALTH PLAN USE ONLY

Effective Date of Coverage:

1. Datos del Empleado Cambio de Direccion

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL)		NUMERO DE EMPLEADO	FECHA DE NACIMIENTO		
DIRECCION	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
NUMERO DE TELEFONO	TELEFONO DE TRABAJO	SEXO (M/F)	ESTADO CIVIL (SOLTERO, CASADO, DIVORCIADO, VIUDO, SEPARADO)		

2. PLAN MEDICO

(a) Seleccione un Plan:

- Basico Rechazo de cobertura

(b) Seleccione el tipo de cobertura:

- Empleado Empleado(a)/hijos Empleado/Esposa(o) Familia

Favor de referirse a la guia de beneficios para los costos del plan

2. PLAN DENTAL

(a) Seleccione el tipo de cobertura:

- Empleado Empleado(a)/hijos Empleado/Esposa(o) Familia Rechazo de cobertura

Favor de referirse a la guia de beneficios para los costos del plan

3. PLAN OPTICO

(a) Seleccione el tipo de cobertura:

- Empleado Empleado (a)/hijos Empleado/Esposa(o) Familia Rechazo de cobertura

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (M/F)	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	SALUD	DENTAL
ESPOSO(A)					
HIJO/A					
HIJO/A					
HIJO/A					

4. Beneficios Voluntarios: Si va a elegir beneficios voluntarios favor de contactar a Recursos Humanos. Seguro de Accidente, Seguro de Desabilidad de termino corto, etc.

5. Otra Cobertura

Tiene usted o sus dependientes otro plan de seguro medico? Si la respuesta es si favor de incluir el numero de poliza y nombre. Si No

Tiene usted o sus dependientes otro plan de seguro dental? Si la respuesta es si favor de incluir el numero de poliza y nombre. Si No

11. Firma

Por la presente solicito la cobertura por la cual tengo derecho bajo los terminos del programa. Entiendo que mis opciones de beneficios seran pagadas automaticamente antes de impuesto y autorizo que se retiren de mi cheque de nomina. Entiendo que no puedo cambiar mis elecciones durante el año al menos que haya un cambio calificado familiar y que notifique a mi empleador dentro de los 30 dias siguientes del cambio. Mi firma abajo afirma que toda la informacion y declaraciones en este formulario son completas y verdaderas segun mi conocimiento. Entiendo que cualquier declaracion falsa en este documento puede causar un accion correctiva hasta e incluyendo termino de empleo y puede resultar en el anulo de mi cobertura a partir de la fecha de vigencia sin beneficios pagaderos. Entiendo que estas elecciones permaneceran en vigor hasta que haga una nueva eleccion durante una inscripcion anual futura o un cambio calificado de estado familiar, o si mi estado de tiempo completo o mi empleo con la compañía termina.

FIRMA

FECHA

RENUNCIO DE COBERTURA:

RENUNCIO A LA COBERTURA: Por la presente certifico que me han ofrecido la oportunidad de participar en el programa de beneficios. Ademas, entiendo que a menos que cumpla con los requisitos de inscripcion especial del plan, se me solicitara que espere hasta el proximo periodo de inscripcion abierta para elegir cobertura como participante tardio en los planes medicos y dentales.

FIRMA

FECHA

Favor de mandar esta forma a HR@dawson3d.com, por fax 432-818-2888, o entregue a su supervisor.