

Uso	Plan	Numero De Cuenta	Numero De Miembro	Código
-----	------	------------------	-------------------	--------

- Si usted o sus dependientes desisten en participar, favor de llenar la seccion que se encuentra al final de la aplicacion -

<b>Sección Para Patrones</b>	Por favor marque una caja solamente <input type="checkbox"/> Solicitud Inicial <input type="checkbox"/> Solicitud para agregar dependiente(s) <input type="checkbox"/> Inscripción Abierta	<b>Fecha Efectiva</b> ____/____/____ <small>mm dd yyyy</small>	<b>Nombre de la Compañia</b>	<b>Número De Cuenta</b>
------------------------------	---	--	------------------------------	-------------------------

• Por favor escriba toda la informacion en letra de molde • Firme y ponga la fecha al final de la aplicacion •

<b>Sección para Empleados</b>	Nombre Del Empleado: (apellido) (nombre) (segundo nombre)		Numero De Seguro Social:		
	Dirección de Casa: (calle) (ciudad) (estado) (código postal)				
	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conyugal <input type="checkbox"/> Hijos Elegibles:		
	Fecha Inicial de Empleo / /		<b>Selección De Plan:</b> <input type="checkbox"/> HMO Dental <input type="checkbox"/> Indemnidad PPO <input type="checkbox"/> Ortho DHMO (optional) <input type="checkbox"/> Indemnidad Ortho <input type="checkbox"/> Indemnidad Vision <input type="checkbox"/> SM10 <input type="checkbox"/> SM20/20 <input type="checkbox"/> SM30		
	Total De Horas Que Trabaja Por Semana: <input type="checkbox"/> Menos de 30 <input type="checkbox"/> Mas de 30				

<b>Sección para Dependientes</b>	Favor de proveer toda la informacion para cada una de las personas que desea inscribir.						Escoja los códigos de identificación del directorio de proveedores.		
	Apellido	Nombre	Sexo	Fecha De Nacimiento	Estudiante Tiempo Completo	Numero De Seguro Social	Código Del DENTISTA	Código Del ORTO	Código Del VISION
	solo	----- EMPLEADO -----		/ /	N/A	- -			
	espos/a			/ /	N/A	- -			
	hijo/a			/ /	Si No	- -			
	hijo/a			/ /	Si No	- -			
	hijo/a			/ /	Si No	- -			
	hijo/a			/ /	Si No	- -			

\* Favor de Facilitar un comprobante que verifique que todos los dependientes de 19 años o mas estudian tiempo completo.

Yo por la presente declaro que soy un empleado que trabaja activamente jornada completa para el empleador indicado arriba y que regularmente trabajo por lo menos 30 horas por semana en o desde la localidad del trabajo indicado. Yo por la presente solicito el seguro de grupo por el cual yo soy o puedo ser elegible bajo las pólizas distribuidas al Depositario del grupo Nacional de Confianza por la Compañia de Seguro. Yo autorizo las deducciones de mis ganancias de toda contribución que yo tenga que hacer hacia el costo del seguro. Yo comprendo que mi solicitud de seguro de grupo incluirá esta forma y toda parte o partes del Suplemento para Solicitud de Seguro de Grupo (Informe de Salud) el cual puede ser requerido. Toda información dada por mi en esta forma es verdadera y completa y es ofrecida como un incentivo para otorgar cobertura de seguro.

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Beneficios proporcionados por SmileSaver, una división de SafeGuard Health Plans, Inc.  
 Indemnización, PPO y Indemnización Visión asegurado por Security Life Insurance Company of America.

**Desiste En Participar** **Complete esta sección sólo si está rehusando cobertura para usted o un dependiente.** **Desiste En Participar**  
**Después firmar, fechar y entregar a su empleador.**

Rehusa cobertura para:  Solo  Espos/a  Hijo(s)  
 Razón de rehuso:  Cubierto bajo Plan de Seguro de Grupo del esposo/a Nombre del plan: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

Yo comprendo que si deseo inscribirme o re-inscribirme después, debo proveer evidencia satisfactoria que califico para tener seguro a la Compañia de Seguro sujeto a beneficios limitados por un periodo de tiempo especificado. También comprendo que puedo no ser elegible para todos los Planes disponibles a través de National Trust Group.

Nombre Del Empleado (Letra De Molde): \_\_\_\_\_ Company Name: \_\_\_\_\_  
 Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_