Plan ERISA de Matrix

Formulario de Inscripción

Debe completar las Secciones A y B. Complete la Sección C únicamente si inscribe dependientes. Para su constancia, guarde una copia del Formulario de Inscripción completo. Escriba en los casilleros con letra de imprenta y en forma clara.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL AFILIADO

☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ Número del Seguro Social | Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido

Dirección Postal: Calle | Ciudad:

Estado | Código Postal | Teléfono Particular ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐ | Fecha de Nacimiento: Mes | Día | Año | Sexo: ☐M ☐F

M A T R I X E M P L O Y E E

Nombre del Empleador | Teléfono Laboral ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐

SECCIÓN B: SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

Es importante que al realizar sus elecciones siga las indicaciones; en caso contrario, es posible que se demore su inscripción. Si inscribe a algún dependiente (cónyuge o hijos), asegúrese de incluir la información correspondiente en la Sección C. De lo contrario, es posible que se demore la inscripción. Los costos que se describen a continuación se deducen de la nómina.

Marque su selección al colocar una X en el casillero que se encuentra al lado de la opción elegida. Nota: Debe marcar un casillero por sección.

Planes Médicos

Seleccione únicamente UN plan.

(Enumere los Dependientes al dorso)

	PLAN A				PLAN B			
		Por semana	Dos veces por semana	Dos veces Por mes		Por semana	Dos veces por semana	Dos veces Por mes
Sólo Empleado	☐	$22.38	$44.76	$48.49	☐	31.96	$63.92	$69.25
Empleado + Cónyuge	☐	$47.21	$94.42	$102.29	☐	$67.43	$134.86	$146.10
Empleado + Un Hijo	☐	$33.56	$67.12	$72.71	☐	$47.94	$95.88	$103.87
Empleado + Hijos	☐	$56.61	$113.22	$122.66	☐	$80.85	$161.70	$175.18
Empleado + Familia	☐	$75.18	$150.36	$162.89	☐	$107.38	$214.76	$232.66
Ninguno					☐			

Plan Dental

(Enumere los Dependientes al dorso)

		Por semana	Dos veces por semana	Dos veces Por mes
Sólo Empleado	☐	$4.45	$8.90	$9.64
Empleado + Familia	☐	$12.75	$25.50	$27.63
Ninguno	☐			

Planes de Seguro de Vida a Término / STD*

(Enumere los Dependientes al dorso)

		Por semana	Dos veces por semana	Dos veces Por mes
Sólo Empleado	☐	$5.00	$10.00	$10.83
Empleado + Familia	☐	$5.40	$10.80	$11.70
Ninguno	☐			

*La Cobertura STD se encuentra disponible únicamente para empleados (no para dependientes) y no se encuentra disponible para empleados que trabajen en CA, HI, NJ, NY, RI ni Puerto Rico. Los costos semanales exclusivos del Seguro de Vida a Término son los siguientes: $1.50 Únicamente para el Afiliado o $1.90 para cobertura del Afiliado y su Familia. Los costos emergentes dos veces por semana, exclusivos del Seguro de Vida a Término, son los siguientes: $3.00 Únicamente para el Afiliado o $3.80 para cobertura del Afiliado y su Familia. Los costos quincenales exclusivos del Seguro de Vida a Término son los siguientes: $3.25 Únicamente para el Afiliado o $4.12 para cobertura del Afiliado y su Familia.

Deseo participar en los planes de beneficios que he seleccionado previamente y autorizo a mi empleador a deducir los costos requeridos de mi cheque de nómina. Comprendo y acepto que cualquier beneficio del Plan del Seguro de Vida a Término pagadero en caso de mi fallecimiento se abonará en partes iguales a los miembros de la primera clase de beneficiarios supérstites, según se indica a continuación: cónyuge; hijos; padres; hermanos y hermanas; o, si no los tuviera, mi acervo hereditario.

____

Su Firma | Fecha Actual: Mes | Día | Año

(VEA AL DORSO)

SECCIÓN C: ¿QUÉ DEPENDIENTES RECIBIRÁN COBERTURA?

1. Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido

Sexo: ☐M ☐F Inscrito en los siguientes planes: ☐Plan Médico ☐Plan Dental ☐Seguro de Vida a Término

Fecha de Nacimiento: Mes Día Año

Vínculo: ☐Su Cónyuge ☐Sus Hijos
Si es mayor de 25 años, su hijo tiene la siguiente condición: ☐ Discapacitado

Número del Seguro Social: - -

Marque este casillero☐si vive en una dirección que no es la indicada a continuación.

---

2. Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido

Sexo: ☐M ☐F Inscrito en los siguientes planes: ☐Plan Médico ☐Plan Dental ☐Seguro de Vida a Término

Fecha de Nacimiento: Mes Día Año

Vínculo: ☐Su Cónyuge ☐Sus Hijos
Si es mayor de 25 años, su hijo tiene la siguiente condición: ☐ Discapacitado

Número del Seguro Social: - -

Marque este casillero☐si vive en una dirección que no es la indicada a continuación.

---

3. Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido

Sexo: ☐M ☐F Inscrito en los siguientes planes: ☐Plan Médico ☐Plan Dental ☐Seguro de Vida a Término

Fecha de Nacimiento: Mes Día Año

Vínculo: ☐Su Cónyuge ☐Sus Hijos
Si es mayor de 25 años, su hijo tiene la siguiente condición: ☐ Discapacitado

Número del Seguro Social: - -

Marque este casillero☐si vive en una dirección que no es la indicada a continuación.

---

4. Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido

Sexo: ☐M ☐F Inscrito en los siguientes planes: ☐Plan Médico ☐Plan Dental ☐Seguro de Vida a Término

Fecha de Nacimiento: Mes Día Año

Vínculo: ☐Su Cónyuge ☐Sus Hijos
Si es mayor de 25 años, su hijo tiene la siguiente condición: ☐ Discapacitado

Número del Seguro Social: - -

Marque este casillero☐si vive en una dirección que no es la indicada a continuación.

Dirección del Dependiente que no vive con el afiliado:

Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido

Dirección Postal: Calle | Ciudad: | Estado | Código Postal

Si existen otros dependientes u otras direcciones de los dependientes que no viven con el afiliado, registre toda la información solicitada en una hoja por separado o adjúntela a este formulario.

Tal vez surgirán circunstancias que le permitirán inscribirse e inscribir a sus dependientes elegibles fuera de los Períodos de Inscripción Abierta. Solicite a su empleador un Formulario de Cambio de Eventos de Vida que utilizará en caso de agregados o cambios en los beneficios (incluidas las Inscripciones Especiales) fuera del Período de Inscripción Abierta.

Los Planes Médico, Dental, de Seguro de Vida a Término y por Discapacidad a Corto Plazo se encuentran asegurados por Reliance Standard Life Insurance Company.