



**CHRISTIAN
BROTHERS**
SERVICES

Fideicomiso de beneficios para empleados
1205 Windham Parkway
Romeoville, IL 60446
800.807.9460 / 630.378.3005 fax
hbsenrollmenthelp@cbservices.org

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

FECHA DE VIGENCIA:

No use este formulario para empleados nuevos.

Este formulario debe ser completado y firmado por el empleado en los 60 días siguientes antes de la fecha de vigencia de la inscripción abierta.

1. SECCIÓN PARA EL EMPLEADOR (Escriba en letra de molde o a máquina)

Nombre de la ubicación: _____ N.º de ubicación: _____

2. SECCIÓN PARA EL EMPLEADO

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Masculino Femenino Religioso Soltero Casado Viudo Divorciado

Durante este período de inscripción abierta, solicito obtener cobertura para los beneficios aplicables seleccionados por mi empleador como:

Quién estará cubierto:

Tipos de cobertura:

Empleado Médico Dental Vista
 Empleado + Dependientes Médico Dental Vista

****El cónyuge y los hijos no se pueden inscribir en cobertura no seleccionada por el empleado****

Complete la sección a continuación, si selecciona cobertura para dependientes.

Se debe completar en su totalidad o puede provocar retrasos.

Indique el nombre de cada dependiente a ser inscrito para cobertura.	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Sexo F/M	¿Es usted el tutor legal?	¿Hijastro?
Cónyuge:				N/A	N/A

Indique los menores a continuación

1.					
2.					
3.					
4.					

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

3. Exención de cobertura colectiva

Por este medio certifico que se me ha dado la oportunidad de solicitar cobertura colectiva. Comprendo que si renuncio a la cobertura en este momento, es posible que la futura cobertura se demore. Me niego a inscribir a:

Mi persona Mis dependientes para cobertura(s) porque:

Inscrito en el Plan del cónyuge Póliza individual Medicare Medicaid

Inscrito en otro plan del empleador Otro. Por favor explique _____

Fecha de vigencia: _____ Firma del empleado: _____ Fecha: _____

4. Otra Cobertura / Autorización para divulgar información

Como un nuevo participante del Fideicomiso a Beneficio de los Empleados de Christian Brothers, es necesario que complete la información solicitada a continuación. De no hacerlo, dará lugar a una demora en la tramitación de su solicitud inicial de beneficios.

Nombre del Empleado:	
Número del Seguro Social:	
Dirección:	

Información sobre su otra cobertura

Por favor, marque con **x** una de las siguientes categorías y proporcione la información solicitada, si corresponde.

Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Religioso(a)

<input type="checkbox"/> Casado(a) (Nombre del cónyuge):		Fecha de nacimiento:	
---	--	----------------------	--

Número del Seguro Social:	
---------------------------	--

¿Tiene algún empleador adicional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre, dirección y número de teléfono. _____ _____ _____
-----------------------------------	---	---

¿Tiene alguna otra cobertura (Incluyendo AARP)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre, dirección y número de teléfono. _____ _____ _____
---	---	---

¿Sus hijos dependientes (si los hay) tienen algún otro tipo de cobertura (incluyendo AARP)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre, dirección y número de teléfono. _____ _____ _____
---	---	---

¿Su cónyuge tiene empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre, dirección y número de teléfono. _____ _____ _____
---------------------------	---	---

¿Otra cobertura del cónyuge (incluyendo AARP)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre, dirección y número de teléfono. _____ _____ _____
--	---	---

CUALQUIER CAMBIO EN LA INFORMACIÓN SOBRE OTRA COBERTURA DEBE SER REPORTADO A NUESTRA OFICINA.

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN, DECLARACIONES Y RESPUESTAS HECHAS EN ESTE FORMULARIO SON COMPLETAS Y VERDADERAS A MI LEAL SABER Y ENTENDER.	Firmado (Empleado)	Fecha
---	--------------------	-------

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Autorizo a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica para proporcionar al Fideicomiso a Beneficio de los Empleados de Christian Brothers, o su representante, toda la información con respecto a mi historia clínica, síntomas, tratamiento, resultados de exámenes o diagnóstico. Una fotocopia de esta autorización se considerará con el mismo efecto y validez que el original. Esta autorización tendrá vigencia por un año desde la fecha en que sea firmada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.	Firmado (Empleado)	Fecha
--	--------------------	-------