Formulario de Inscripción para Seguros 2016-17

SUTTER ROOFING
Safe, Solid & Secure
Since 1902

Ubicación de Empleado y Departamento _____

Empleado Nuevo (Fecha de Empleo):	❑	Tiempo Parcial a Tiempo Completo (Anote la Fecha del Cambio):	❑
Inscripción Abierta:	❑	Evento Calificativo (Anote el evento y la fecha del evento):	❑

Nombre del Empleado/a:	Fecha de Nacimiento:	Género:	Numero De Seguro Social:		Tabaco: ❑ Sí ❑ No
Domicilio:		Ciudad:		Código Postal:	Estado:
Número de Teléfono:	Fecha de Empleo:	Ingreso Anual:		Ocupación:	
Nombre de Cónyuge:	Fecha de Nacimiento:	Género:	Numero De Seguro Social:		Tabaco: ❑ Sí ❑ No
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nacimiento:	Género:	Numero De Seguro Social:		Tabaco: ❑ Sí ❑ No
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nacimiento:	Género:	Numero De Seguro Social:		Tabaco: ❑ Sí ❑ No
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nacimiento:	Género:	Numero De Seguro Social:		Tabaco: ❑ Sí ❑ No
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nacimiento:	Género:	Numero De Seguro Social:		Tabaco: ❑ Sí ❑ No

1. Seguro Médico - Aetna

*Favor de marcar sólo **una** opción.*

aetna	SIN EL USO DE TABACO Prima Semanal (52 x por año)	✓	CON EL USO DE TABACO Prima Semanal (52 x por año)	✓	RECHAZAR LA COBERTURA
Empleado	$23.40		$37.60		
Empleado + Cónyuge	$86.57		$100.78		❑
Empleado + Hijo/s	$82.62		$96.82		
Familia	$160.60		$174.80		

2. Seguro Dental - Aetna

*Favor de marcar sólo **una** opción.*

aetna	Plan PPO Prima Semanal (52 x por año)	✓	RECHAZAR LA COBERTURA
Empleado	$5.37		
Empleado + Cónyuge	$12.50		❑
Empleado + Hijo/s	$11.36		
Familia	$18.49		

3. Seguro de Visión - Aetna

*Favor de marcar sólo **una** opción.*

aetna	Red de Aetna Visión Prima Semanal (52 x por año)	✓	RECHAZAR LA COBERTURA
Empleado	$1.43		
Empleado + Cónyuge	$2.72		❑
Empleado + Hijo/s	$2.86		
Familia	$4.21		

4. Seguro de Vida y AD&D Pagado por el Empleador - Aetna

aetna Sutter Roofing le proporciona cobertura de Seguro de Vida Básico y AD&D sin costo a usted a través de Aetna.

Se requiere una Designación de Beneficiario para este plan.

Nombre del Beneficiario	Domicilio		Relación	Fecha de Nacimiento	Numero Seguro Social
	Primario ❑	Contingente ❑		% - Debe Igualar a 100%	

Nombre del Beneficiario	Domicilio		Relación	Fecha de Nacimiento	Numero Seguro Social
	Primario ❑	Contingente ❑		% - Debe Igualar a 100%	

Nombre del Beneficiario	Domicilio		Relación	Fecha de Nacimiento	Numero Seguro Social
	Primario ❑	Contingente ❑		% - Debe Igualar a 100%	

5. Seguro de Vida Voluntario - Aetna

Si desea elegir el Seguro de Vida adicional y no está matriculado en la actualidad, **se requiere llenar un formulario de inscripción adicional de Aetna.** Aquellos que deseen inscribirse sin ser nuevos empleados o recién elegibles para este beneficio, tendrán que llenar un formulario de EOI. Si usted está rechazando la cobertura puede hacerlo a continuación.

aetna	**Seguro de Vida Voluntario** Indique la cantidad de seguro de vida que desea elegir		RECHAZAR LA COBERTURA	
Empleado	$_____		❑	Cantidad Garantizada= $50,000 Beneficio Máximo= El menor de 5 x's el salario o $500,000
Empleado + Cónyuge	$_____			Cantidad Garantizada= $25,000 Beneficio Máximo= El menor de $100,000 o 50% del beneficio al empleado
Hijo/s	$_____			Cantidad Garantizada y Beneficio Máximo= $10,000

Confirmación de la deducción de nómina y Aviso de la Sección 125: Si elijo rechazar la cobertura, entiendo que no podré inscribirme en los planes de beneficios de Sutter Roofing hasta el próximo período anual de inscripción abierta, a menos que experimente un evento calificativo. También entiendo que las deducciones del Seguro Médico y Dental se hacen a base preimpositiva. Mi empleador puede

La participación en un beneficio comprado con dólares antes de impuestos resulta en:

* Una Leve Reducción de los Beneficios de la Seguridad Social
* Un formulario anual de retención (W-2) que refleja un ingreso sujeto a impuesto reducido
* Inhabilidad de revocar las elecciones para el año del plan, a menos que algún evento calificativo aprobado por el IRS permita un derecho especial de inscripción.

Por la presente consiento al total de las deducciones semanales antedichas. Es mi responsabilidad revisar el talón del cheque de sueldo y ponerme en contacto con Recursos Humanos inmediatamente si encontrara error alguno o necesitara hacer cambios. Entiendo que las elecciones que hago permanecerán vigentes a partir del 1 de octubre 2014 al 30 de septiembre de 2015, a menos que tenga un

Firma de Aprobación del/de la Empleado/a para las Deducciones Semanales:

Firma: _____ Fecha: _____