



Hoja de Inscripción en los Beneficios

Usted debe **INSCRIBIRSE o RENUNCIAR** a la cobertura. Consulte la hoja de tarifas para conocer los precios de todos los productos. El centro de llamadas de Cisco está disponible para preguntas durante su inscripción abierta. Contacte a SISCO al 844-631-6404

Razón por la Solicitud

<input type="checkbox"/> Nuevo Plan Grupal	<input type="checkbox"/> Cambio de Nombre/Dirección	<input type="checkbox"/> Terminación
<input type="checkbox"/> Acontecimiento de la Vida/Fecha:	<input type="checkbox"/> Empleo de Tiempo Parcial a Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Renunciando Cobertura
<input type="checkbox"/> Cambio de estatus	<input type="checkbox"/> Recién Contratado	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Agregar/Quitar Dependiente	<input type="checkbox"/> Inscripción Abierta Anual	

Su Información Personal

Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Contratación:
Nº de Seguro Social:	Nº de Teléfono Primario:	Fecha de Nacimiento:
Correo electrónico:	Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:

¿Alguna persona adulta (19 años y más) que será asegurada ha consumido tabaco en los últimos 12 meses?

Sí No

Información de Sus Dependientes

Ingrese la información de dependientes para todos los dependientes que estarán cubiertos en sus planes de seguro.

Nombre	Parentesco	Sexo	NSS	Fecha de Nacimiento	Discapacitado S/N
	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			
	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			
	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			
	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			
	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			

Sus Opciones de Plan Médico

Seleccione su plan médico de las siguientes opciones. Marque la casilla a la derecha en base al plan y a la categoría de cobertura. Marque "renuncio" si usted está renunciando a la cobertura médica.

Plan(es) Médico(s)	Categoría de Cobertura	Elección	Nombre del Dep./ Parentesco
MEC Basic	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>	-----
	Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>	
MEC Plus	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>	-----
	Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>	
MVP	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>	-----
	Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>	
Mayor Compra Medica	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>	-----
	Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>	
Plan Médico de Indemnización Plan 1	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>	-----
	Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>	
Plan Médico de Indemnización Plan 2	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>	-----
	Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>	
Plan Médico de Indemnización Plan 3	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>	-----
	Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>	
Renuncio a la Cobertura Médica		<input type="checkbox"/>	
Renuncio a la Cobertura Médico de Indemnización		<input type="checkbox"/>	

Recurso

Marque la casilla apropiada a la derecha si desea aceptar o renunciar Teladoc.

	Si está inscrito actualmente en uno de nuestros planes médicos
¿Cuándo estará disponible Recuro?	El beneficio estará disponible automáticamente.
Copago por televisita	Participantes del Plan MVP: \$45 de copago por televisita Participantes del Plan MEC Plus: \$0 de copago por televisita
Costo semanal para los empleados	Sin cargo (incluido en su deducción del plan médico)
Añado el Beneficio Teladoc	<input type="checkbox"/>
Renuncio al Beneficio Teladoc	<input type="checkbox"/>

Plan Voluntario Dental

Seleccione abajo su plan dental. Marque la casilla a la derecha para indicar la categoría de cobertura. Marque "renunciar" si está renunciando la cobertura dental voluntaria.

Plan Voluntario Dental	Categoría de Cobertura	Elección	Nombre del Dep./ Parentesco
Dental Plan Bajo	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>	-----
	Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>	
Renuncio a la Cobertura Dental		<input type="checkbox"/>	
Plan Voluntario Dental	Categoría de Cobertura	Elección	Nombre del Dep./ Parentesco
Dental Plan Alto	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>	-----
	Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>	
Renuncio a la Cobertura Dental		<input type="checkbox"/>	

Plan Voluntario de Visión

Marque la casilla a la derecha para indicar la categoría de cobertura. Marque "renunciar" si está renunciando la cobertura de la vista voluntaria.

Plan Voluntario de Visión	Categoría de Cobertura	Elección	Nombre del Dep./ Parentesco
PPO Visión	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>	-----
	Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>	
Renuncio a la Cobertura de Visión		<input type="checkbox"/>	

Voluntario de Vida

Marque la casilla a la derecha en base al plan y a la categoría de cobertura. Marque "renuncio" si usted está renunciando a la cobertura voluntaria de vida.

Plan Voluntario de Vida	Categoría de Cobertura	Elección	Nombre del Dep./ Parentesco
Voluntario de Vida	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>	-----
	Empleado + 1 Dependiente	<input type="checkbox"/>	
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>	Empleado + Familia
Renuncio a la Cobertura del Seguro Voluntario de Vida		<input type="checkbox"/>	

Sus Beneficiarios

Proporcione información primaria y secundaria del beneficiario (si corresponde) para el seguro de vida. El porcentaje del beneficiario debe ser igual al 100%.

Nombre	Apellido	Dirección	Parentesco	Tipo (Primario/Secundario)	Porcentaje de Beneficiarios

Beneficiario Secundario (en su caso)

Nombre	Apellido	Dirección	Parentesco	Tipo (Primario/Secundario)	Porcentaje de Beneficiarios

Discapacidad a Corto Plazo (STD)

Marque la casilla apropiada a la derecha si desea aceptar o renunciar al seguro de discapacidad a corto plazo.

Cobertura de STD	Elección
Beneficio de STD Mensual de \$650	<input type="checkbox"/>
Renuncio a la STD	<input type="checkbox"/>

Voluntario contra Enfermedades Graves y Accidente

Marque la casilla a la derecha en base a la categoría de cobertura. Vea las tarifas basadas en la edad para las tarifas semanales de Tabaco vs. Sin Tabaco. Marque "renuncio" si usted está renunciando al seguro contra enfermedades graves.

Enfermedades Graves	Categoría de Cobertura	Elección
Enfermedad Grave	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>
Renuncio al Seguro contra Enfermedades Graves		<input type="checkbox"/>

Accidente	Categoría de Cobertura	Elección
Accidente	Empleado Solo	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Familia	<input type="checkbox"/>
Renuncio al Accidente		<input type="checkbox"/>

He revisado los beneficios ofrecidos y he hecho mis selecciones de cobertura deseadas (o he renunciado a la cobertura, en su caso). Entiendo que las elecciones indicadas para mis planes Médicos, Dentales y de Visión serán administradas sobre una base antes de impuestos bajo la Sección 125 y que estas elecciones son irrevocables hasta el próximo período de inscripción o en el caso de un Evento de Vida Calificado.

Nombre del Empleado
con Letra de Molde

Firma del Empleado

Fecha