

Una vez inscrito, usted además recibirá acceso al programa "Healthy Rewards", un programa de descuentos en costos por servicios de la salud y el bienestar

Usted podrá ahorrar hasta un 60% en membresías para el centro de condición física, programas de manejo del peso, revistas sobre la salud, ¡y mucho más!



Nivel 2 – Costo Por Cheque

Solamente para mí	\$18.89
Para Mí + 1 Dependiente	\$46.28
Familia	\$69.89

Nivel 1 – Costo Por Cheque

Solamente para mí	\$9.84
Para Mí + 1 Dependiente	\$24.11
Familia	\$36.41

PASO 3: Inscribise Ahora.

Escoja su Método de Inscripción (seleccione uno)
Número del Grupo: 2582

A) Inscripción por teléfono: Llame al 1-877-552-5015 para inscribirse. Hay Especialistas en Beneficios que atienden de lunes a viernes de las 5 a.m. a las 6 p.m. MST.

B) Inscripción Por Internet: visite el sitio www.starbridgeselect.com para inscribirse en forma segura y rápidamente desde su computadora personal

C) Formulario de Inscripción: Sólo hay que llenar su formulario de inscripción y entregarlo a su gerente.

Nombre Marth Quintana Inicial MQM

Apellido Quintana

Fecha de Nacimiento 8/20/60 Sexo M ☒ F

#de Seguro Social 457-99-9076 Fecha de empleo 1/1/07 Unidad #

Dirección 603. WOODCROFT AVE

Ciudad Worthington Estado MN Código Postal 56187

¿Escoja sus Planes?

Revise los planes que ha elegido. Los costos reflejan las primas de cada cheque. Una vez inscrito, cambios del nivel de cobertura solamente se podrán hacer anualmente.

☒ Deseo el Plan del Nivel 2

☐ Deseo el Plan del Nivel 1

☒ Deseo el Plan Dental

¿A quién desea cubrir?

Marque sólo uno, aunque haya escogido planes múltiples.

☐ Deseo cobertura sólo para mí

☐ Deseo cobertura para mí + 1 dependiente

☐ Deseo cobertura para mi familia

Dependientes

Si necesita más espacio, favor de usar una hoja adicional.

Nombre Completo	Género	Relación	Fecha de Nacimiento
Nombre Completo	Género	Relación	Fecha de Nacimiento

Beneficiario

La persona que recibirá el beneficio en caso del fallecimiento del asegurado

X David Quintana Son
Nombre Completo Relación a Usted

X Marth Quintana 3-3-08
Firme Aquí para Inscribirse Fecha

Autorización: Por medio de esto declaro que me inscribiré en el Plan de Seguro Starbridge Select con los beneficios que se ofrecen bajo las Secciones 79, 105, 106, 125 y sus enmiendas del Código de "Internal Revenue". Acepto que el Plan automáticamente convertirá las deducciones elegibles predispuestas por el Plan para que se declaren pre-impuestos. Además comprendo que al participar en este Plan, mis beneficios del Seguro Social podrían reducirse, ya que las primas se deducirán antes de que se cobren los impuestos de mi sueldo. Esta elección se mantendrá vigente durante el Año del Plan. Mi elección NO PODRÁ cambiarse durante el Año del Plan de acuerdo con las Directrices del "Internal Revenue Service", a menos que se presente un evento que altere el estado civil o familiar incluyendo: matrimonio, divorcio, separación legal, muerte del cónyuge, nacimiento o adopción legal de un(a) niño(a), muerte de un(a) hijo(a), o cambio de empleo que afecte la cobertura, mi elegibilidad a Medicare o Medicaid o cambios de residencia que afecten mi cobertura. Cualquier persona que con conocimiento e intención de perjudicar o engañar a la aseguradora presenta una declaración de reclamación o solicitud de inscripción que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un crimen y podría recibir multa o ser sentenciado a encarcelamiento.

Declinación: NO, no deseo la cobertura. DECLINACIÓN DE COBERTURA: Al no elegir la cobertura (para usted y sus dependientes) le podría dejar sin cobertura hasta el siguiente periodo de Inscripciones Abiertas. Sin embargo, posiblemente no tenga que esperar si se pudiera inscribir bajo una Inscripción Especial. Favor de llenar la parte superior de la hoja y firmar aquí anotando la fecha.

X
Firme si no Desea Cobertura Fecha