

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

|   |  |   |  |   |   |               |
|---|--|---|--|---|---|---------------|
| Apellido  | Nombre                                     | Inicial del segundo nombre                                | Fecha de nacimiento  | Edad  | Sexo<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | NSS           |
| Dirección residencial   |  |   | Ciudad   |   | Estado  | Código postal |
| Nombre de la compañía   | N.º de grupo, si se conoce                 | Cargo   | Fecha de contratación de T/C   | Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado |   |               |
| Si su nombre ha cambiado, proporcione el nuevo nombre:  |  |   | ¿Tiene hijos dependientes elegibles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si la respuesta es sí, ¿cuántos? |   |   |               |
| ¿Esto reemplazará a otro seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |   | <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Individual<br><input type="checkbox"/> Otro                             |   |   |               |
| Nombre del asegurador   |  |   |  |   |   |               |
| N.º de póliza de la cobertura anterior  | Fecha de vigencia de la cobertura anterior | Fecha anticipada de finalización de la cobertura anterior |  |   |   |               |

¿Está asegurando a sus dependientes?  Sí  No

Si la respuesta es 'Sí', complete la sección a continuación y explique si hay diferencias en los apellidos, si corresponde. Si la respuesta es no, complete la sección de exención de cobertura a continuación.

### La ley de California prohíbe a las compañías de seguros de salud, requerir o usar la prueba del HIV y cualquier otra información protegida por la ley, como una condición para obtener seguro de salud.

Entre los dependientes elegibles se incluye a los cónyuges e hijos dependientes solteros. Los hijos dependientes tienen cobertura hasta los 26 años.

### INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

| Evento calificador (Seleccione uno)  | Nombre del dependiente | Relación | ¿Es un estudiante de tiempo completo? | Sexo | NSS | Fecha de nacimiento |
|--|------------------------|----------|---------------------------------------|------|-----|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Fecha de          |                        | Cónyuge  | Sí/No                                 | M/F  |     |                     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Nuevo dependiente |                        |          | Sí/No                                 | M/F  |     |                     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Nuevo dependiente |                        |          | Sí/No                                 | M/F  |     |                     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Nuevo dependiente |                        |          | Sí/No                                 | M/F  |     |                     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Nuevo dependiente |                        |          | Sí/No                                 | M/F  |     |                     |

Certifico que mi fecha de nacimiento, fecha de empleo y otra información en este formulario son correctas, y que trabajo en el establecimiento del empleador en un empleo de tiempo completo de al menos 30 horas por semana. Autorizo a mi empleador a realizar las deducciones necesarias de mis ganancias para proporcionar mi contribución para esta cobertura, y comprendo que mi empleador realiza este servicio para mi beneficio y no en calidad de agente del asegurador. Comprendo que la cobertura no está vigente hasta la fecha de vigencia especificada en el Certificado de Seguro que se me ha entregado. Sin embargo, si me ausento del empleo de tiempo completo en dichas fechas, como resultado de un accidente o enfermedad, acepto que la cobertura no estará vigente. Determino la cobertura vigente y que la cobertura no está vigente si mi empleador no ha realizado una solicitud para esa cobertura. Asimismo, si me aceptan, esta solicitud para seguro grupal formará parte del acuerdo entre BEST Life and Health Insurance Company y yo. Tanto yo como cualquier familiar inscrito aceptamos comprometernos a la cláusula de arbitraje del folleto del Certificado de BEST Life and Health Insurance, si lo hubiera, en lugar de un juicio por tribunales. Acepto que el seguro no comienza hasta que esta solicitud sea aprobada por BEST Life and Health Insurance Co., se entregue mi certificado de seguro y se pague la primera prima.

**Aviso de fraude.** El siguiente Aviso general de fraude tiene por objeto cumplir con las leyes de su estado. Si alguna parte del idioma estuviera en conflicto, dicho lenguaje se interpretará como una enmienda al punto necesario para poder cumplir con los requisitos mínimos de su estado. Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar o engañar a una compañía de seguros, presenta una solicitud que contenga información materialmente falsa, incompleta o engañosa es culpable de cometer un acto de seguro fraudulento. Esto es delito y está sujeto a procesamiento penal.

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| Su firma con tinta negra | Fecha |
|--------------------------|-------|

### EXENCIÓN DE COBERTURA

Complete aquí si usted o alguno de sus dependientes elegibles rechaza o se niega a cualquier tipo de cobertura ofrecida. **Marque todo lo que corresponda:**

**Renuncio a la cobertura dental para:**  Yo y todos los dependientes  Solo mi cónyuge  Solo mi(s) hijo(s)  Mi cónyuge e hijo(s) dependiente(s)

**Renuncio a la cobertura visual para:**  Yo y todos los dependientes  Solo mi cónyuge  Solo mi(s) hijo(s)  Mi cónyuge e hijo(s) dependiente(s)

Motivo de renuncia a la cobertura (*debe proporcionar un motivo para renunciar a la cobertura*)  Otra cobertura  Costo

Comprendo que si deseo solicitar un seguro dental para mí y mis dependientes en una fecha futura, fuera de la inscripción abierta y todo evento calificador, bajo la Fundación de seguros de beneficios para empleados, seré/seremos elegibles para los Procedimientos preventivos de Clase I durante los primeros 12 meses de cobertura continua y durante los segundos 12 meses de cobertura continua, elegibles para los Procedimientos preventivos de Clase I y para el 50% de los beneficios para los Procedimientos básicos de Clase II, que no excedan un máximo de \$500 durante los segundos 12 meses de cobertura continua. Comprendo que si deseo solicitar un seguro visual para mí y mis dependientes en una fecha futura, en virtud de la Fundación de seguros de beneficios para empleados, seré/seremos elegibles para no más de un total de \$75 en beneficios para la vista durante los primeros 12 meses de cobertura.

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| Su firma con tinta negra | Fecha |
|--------------------------|-------|

### Optativos de COBRA

Optativos de COBRA: Si actualmente continúa la cobertura por COBRA o un plan de continuación estatal, ¿cuál es la fecha exacta de su evento calificador?

|               |        |  |   |   |  |  |                         |         |                     |          |
|---------------|--------|--|---|---|--|--|-------------------------|---------|---------------------|----------|
| BEST Use Only | WAIVER | COBRA EE<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | EE<br>1 = Employee<br>2 = Dependent<br>3 = EE & Dependent | DEP. Refusal<br>R = No Coverage<br>O = Other Coverage | SPOUSE EE<br><input type="checkbox"/> Yes<br><input type="checkbox"/> No | COB<br><input type="checkbox"/> Yes<br><input type="checkbox"/> No | DEP 19+<br>FTS<br>Y H Y |         |                     |          |
| Eff. DATE     | ER#    | COVERAGES  | PREV EE/DEP   | NEW CHG   | WP   | #EES   | LATE                    | NEWBORN | APP = A<br>DECL = D | INITIALS |