

# EMPLEADO

## Solicitud de inscripción de MEC Apex Management Group



### Información del afiliado (toda la información debe ser completada para garantizar la cobertura)

Apellidos		Nombre		MI	
Fecha de nacimiento	Nº de seguridad social		Sexo	Estado civil	
Fecha de empleo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	Altura	Peso	
Dirección línea 1			Dirección línea 2		
Ciudad	Estado	Código Postal	Empleador		
Teléfono	Correo electrónico				

### Cobertura e información de solicitud de cambio (Es posible que se deba presentar la prueba del evento)

Nivel de cobertura:	<input type="checkbox"/> Sólo Empleado	<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s)	<input type="checkbox"/> Empleado y Familia
Nombre del plan:	<input type="checkbox"/> MEC Basic	<input type="checkbox"/> MEC	<input type="checkbox"/> MEC Plus	<input type="checkbox"/> MEC Plus Advantage
Si hay cambio de planes, indicar el evento que califica:	<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Adopción	<input type="checkbox"/> Orden judicial
	<input type="checkbox"/> Regreso a la escuela de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Otro (especificar):		
Fecha del evento que califica				

### Información familiar (sólo para los que solicitan la cobertura)

Nombre y MI (el último si es diferente)	Nº de seguridad social	Sexo	Altura	Peso	Fecha de nacimiento
Cónyuge					
Hijo					
Hijo					
Hijo					

### Acuerdo del empleado (Firma requerida)

Autorizo a mi patrón a deducir de mi sueldo las contribuciones necesarias hacia los beneficios que he seleccionado sobre una base antes de impuestos. Entiendo que no puedo cambiar los beneficios que he seleccionado o revocar esta autorización de deducción salarial antes del comienzo del próximo año del plan a menos que el cambio o revocación se realice por causa de, y corresponde con un cambio en el estado, un evento de inscripción especial, o cualquier otro evento que permita un cambio a mitad de año o revocación de las elecciones en los términos de la Sección 125 plan de cafetería de mi patrón.

Firma del empleado	Fecha
Si es firmado por un representante del afiliado, por favor indique la autoridad del representante para actuar en nombre del afiliado:	

### Renuncia (sólo completar esta sección si está renunciando a toda la cobertura)

Yo rechazo la cobertura para (marque <u>todo</u> lo que corresponda):	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo(s)
Rechazo la cobertura por la(s) siguiente(s) razón(es): (Marque todas las que apliquen y tenga en cuenta que si usted está rechazando la cobertura debido a que cuenta con otra cobertura, así debe indicarlo en este formulario. El no hacerlo puede resultar en que usted no pueda ejercer los derechos de inscripción especial si pierde la otra cobertura).			
<input type="checkbox"/> Cubierto por el plan de salud de grupo del cónyuge o de uno de los padres	<input type="checkbox"/> Plan médico individual	<input type="checkbox"/> No es asequible	
<input type="checkbox"/> Continuación de COBRA/Estatal	<input type="checkbox"/> Plan del Gobierno (por favor, especifique el nombre del plan):	_____	
<input type="checkbox"/> Otro motivo:	_____		

**Entiendo que esta renuncia puede ser reportada al IRS informándoles que he rechazado el plan de cuidado de salud proporcionado por el Empleador y esto puede resultar en multa y en la devolución de cualquier subsidio federal al seleccionar un seguro a través del Intercambio de Cuidado de Salud (Health Care Exchange).**

Autorización: Como empleado, por este conducto solicito o renuncio (si es el caso de ser inculpada) al seguro grupal para el cual soy elegible o pudiera llegar a seré legible. Si se requieren contribuciones, autorizo a mi empleador a deducir las primas de mi salario.

Firma del Empleado	Fecha
Si es firmado por un representante del afiliado, por favor indique la autoridad del representante para actuar en nombre del afiliado:	