

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

Fecha de recepción: _____

Fecha de ingreso: _____

Introducido por: _____

Nombre de usuario/contraseña: _____

Formulario de inscripción a beneficios por hora

Rellene este formulario y sus elecciones se introducirán en el sistema por usted. Puede devolver el formulario cumplimentado en el lugar de trabajo, enviarlo por correo electrónico a rmenroll@robinsmorton.com o enviarlo por fax al 205-803-0102.

Nombre

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Seguro Social

Dirección de Correo Electrónico

Número de teléfono

Número de teléfono alterno

En la siguiente sección, indique a todos los dependientes que estarán cubiertos por sus beneficios. Si necesita espacio adicional, añada una página a este formulario. No incluya a continuación a ningún dependiente que no vaya a estar cubierto.

SEGURO MÉDICO

- ☐ RENUNCIAR al Seguro Médico
- ☐ Sólo el empleado
- ☐ Empleado + Cónyuge
- ☐ Empleado + Hijos
- ☐ Familia

DEPENDIENTES CUBIERTOS							
NOMBRE	RELACIÓN	NSS	F. NAC.	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CP

Todos los dependientes DEBEN contar con un número de seguro social para inscribirse.

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD

Abra su cuenta y administre sus aportaciones con Fidelity en www.401k.com

- ☐ RENUNCIAR a las Aportaciones a la Cuenta de Ahorros para la Salud

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES CON FINES LIMITADOS

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Úselo o piérdalo, y sólo puede utilizarse para gastos dentales y de visión.

- ☐ RENUNCIAR a las Aportaciones a la Cuenta de Gastos Flexibles para Fines Limitados

Importe: _____ por semana (aportación anual máxima de \$3,400 o \$ó5.38 máximo semanal).

CUENTA DE CUIDADO DE DEPENDIENTES

☐ RENUNCIAR a los Gastos Flexibles para Cuidado de Dependientes

Importe: _____ por semana (máximo de \$7,500.00 anualmente)

Enliste a los dependientes a ser cubiertos por la cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes:

Nombre

SEGURO DENTAL

☐ RENUNCIAR al Beneficio Dental

☐ Sólo el empleado ☐ Empleado + Cónyuge ☐ Empleado + Hijos ☐ Familia

Indique qué dependientes de los arriba indicados deben estar cubiertos por el seguro dental:

Nombre

SEGURO DE VISIÓN

☐ RENUNCIAR al Seguro de Visión

☐ Sólo el empleado ☐ Empleado + Cónyuge ☐ Empleado + Hijos ☐ Familia

Indique qué dependientes de los arriba indicados deben estar cubiertos por el seguro de visión:

Nombre

SEGURO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

☐ RENUNCIAR a la Discapacidad a Corto Plazo

☐ ELEGIR la Discapacidad a Corto Plazo

SEGURO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

☐ RENUNCIAR a la Discapacidad a Largo Plazo

☐ ELEGIR la Discapacidad a Largo Plazo

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Puede elegir un seguro para usted, su cónyuge y sus hijos. Indique el nivel de cobertura del plan, quién está cubierto y, a continuación, los beneficiarios de la póliza.

☐ RENUNCIAR al Seguro contra Accidentes

Nivel de elección — Plan de accidentes:

☐ Plan Bajo ☐ Plan Alto

☐ Sólo el empleado ☐ Empleado + Cónyuge ☐ Empleado + Hijos ☐ Familia

Dependiente cubierto	Beneficiario	% Primario	% Contingente	NSS	F. NAC.
Usted					
Su dependiente					

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN

☐ RENUNCIAR al Seguro de Indemnización Hospitalaria

Nivel de elección — Plan de indemnización

☐ Plan Bajo ☐ Plan Alto

☐ Sólo el empleado ☐ Empleado + Cónyuge ☐ Empleado + Hijos ☐ Familia

Indique qué dependientes de los arriba indicados deben estar cubiertos por el seguro de indemnización:

Nombre

Entiendo que Robins & Morton ha ofrecido los beneficios en este formulario de inscripción y reconozco mis selecciones.

Nombre:_____ Fecha:_____