

NORTH AMERICA ADMINISTRATORS, L.P. FORMA DE INSCRIPCIÓN

Patrón _____	O De Tiempo Completo O Jubilado
Departamento _____ Clase: _____	O COBRA O Reintegración de Cobertura
O Cada Hora O Salario O Unión	

INFORMACIÓN DE EMPLEADO

Nombre de Empleado/a:	Apellido	Primer Nombre	Inicial del medio	Número de Seguridad Social	Sexo O M O F	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
Dirección de la Calle		# de Teléfono de Casa ()		ESTADO CIVIL O Soltero/a O Casado/a SOLICITAR: O Solo/a O Solo/a y Esposo/a O Solo/a y Niños O Solo/a y Familia	ELECCIONES DE COBERTURA O Norma Médica O Dental O Visión O Vida O Dependiente de Vida O Vida Suplementario O Ingresos de Incapacidad O Invalidez de Largo Plazo	VOLUMEN _____ _____ _____ _____ _____
Ciudad		Estado Código postal Condado				
Nombre de Beneficiario/a:			Apellido	Primer Nombre	Inicial de Enmedio	Relación

FECHA DE CONTRATACION _____
FECHA DE INICIO _____
COMENTARIOS _____
SOLO USO DE OFICINA
FECHA PROCESADA _____
I.D. DE USUARIO _____

USE EL ESPACIO DE ABAJO PARA PONER A TODOS LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES EN UNA LISTA QUE USTED DESEA CUBRIR. El apellido es requerido de ser diferente al del empleado/a. Si cualquier dependiente tión diferente por favor anote el número de dependiente (i.e., #1, 2, 3, etc.) y la dirección sobre la parte de atrás de la forma.

1. Nombre de Esposo/a	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo O M O F	Número de Seguro Social		
2. Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo O M O F	Número de Seguro Social	Relación O Niño Natural O Hijastró	Estudiante a Tiemp completo O Sí O No
3. Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo O M O F	Número de Seguro Social	Relación O Niño Natural O Hijastró	Estudiante a Tiemp completo O Sí O No
4. Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo O M O F	Número de Seguro Social	Relación O Niño Natural O Hijastró	Estudiante a Tiemp completo O Sí O No
5. Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo O M O F	Número de Seguro Social	Relación O Niño Natural O Hijastró	Estudiante a Tiemp completo O Sí O No
6. Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo O M O F	Número de Seguro Social	Relación O Niño Natural O Hijastró	Estudiante a Tiemp completo O Sí O No

OTRA INFORMACIÓN DE SEGUROS

¿Esta usted o cualquiera de sus dependientes cubiertos por otro seguro? O Sí O No
 Si, usted debe llenar la información siguiente para calificar en cualquier momento como un Inscrito Especial. (Inclulla una hoja separada si requiere espacio adicional.)

Nombre de Persona Cubierta por Otro Seguro	Número de Seguro Social
Nombre de Otro Patrón	No. de grupo
Nombre de Otra Compañía de Seguro	
Dirección de Otra Compañía de Seguro	

O Yo por la presente le solicito el alcance a que yo ahora soy permitido/a o a que puedo llegar a ser permitido/a bajo las provisiones del Plan del Grupo o Planes publicó por North America Administrators, L.P. Autorizo las deducciones de mis ganancias de las contribuciones requeridas, si cualquiera, hacia el costo de cobertura por mi patrón.

O Reconozco que he sido dado/a la oportunidad de elegir cobertura bajo los planes del beneficio del grupo y por la presente declino el alcance para lo siguiente: _____

Yo rrechaso cobertura porque: _____

(USTED DEBE COMPLETAR "OTRA INFORMACIÓN DEL SEGUROS" SI APLICABLE)

Certifico que información de arriba es verdad y correcto. Yo por la presente autorizo a todos médicos, los farmacéuticos, los hospitales u otras instituciones que rinden el cuidado y el tratamiento para proporcionar a North America Administrators, L.P. con información completa con respecto al tratamiento médico (inclusive copias de sus registros). Autorizo también cualquier Unión, los Fideicomisos, Portador de Empleado o Seguro a proporcionar a North America Administrators, L.P. con información con respecto a beneficios a que yo/nosotros podemos ser permitidos. Una copia o la fotocopia de esta autorización se considerarán como efectivas y válidas como la original.

FIRMA DE EMPLEADO/A _____ FECHA _____