

SECCIÓN I – INFORMACIÓN Y COBERTURA DEL EMPLEADO					
Nombre (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)		Dirección de correo electrónico			
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Teléfono (Casa y Celular)		¿Número alternativo o preferido?	
<u>Estado civil</u>	<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Soltero (a)	<input type="checkbox"/> Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Legalmente separado (a)	<input type="checkbox"/> Viuda/Viudo
Número de auditoría/Inicio de sesión web:	Sexo del empleado: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento del empleado:	División:		
SECCIÓN II – INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES					
Nombre (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	Parentesco	Número de Seguro Social <i>Es obligatorio recopilar el número de seguro social (SSN) de todos los dependientes.</i>	Fecha de nacimiento	Género	
Cónyuge ( <i>Certificado de matrimonio y declaración de impuestos de 2024 indicando el estado civil para efectos de la declaración</i> )	<input type="checkbox"/> Cónyuge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dependiente ( <i>Certificado de nacimiento (donde consten los nombres de los padres)</i> )	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Niño en cuidado temporal <input type="checkbox"/> Otros			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dependiente ( <i>Certificado de nacimiento (donde consten los nombres de los padres)</i> )	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Niño en cuidado temporal <input type="checkbox"/> Otros			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dependiente ( <i>Certificado de nacimiento (donde consten los nombres de los padres)</i> )	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Niño en cuidado temporal <input type="checkbox"/> Otros			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dependiente ( <i>Certificado de nacimiento (donde consten los nombres de los padres)</i> )	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Niño en cuidado temporal <input type="checkbox"/> Otros			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
SECCIÓN III – DISPOSICIONES LEGALES Para los dependientes enumerados en la sección II					
1) ¿Residen su cónyuge y todos los hijos inscritos con usted durante más de 6 meses del año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si no, indique quién no lo hace;		
2) ¿Un decreto de divorcio/orden judicial asigna la responsabilidad de la cobertura de salud o concede derechos de exención de impuestos a algún dependiente inscrito? Tenga en cuenta que esta responsabilidad o derecho puede asignarse a usted o a su cónyuge. También puede asignarse al ex cónyuge de usted o de su cónyuge. <input type="checkbox"/> Sí, existe una orden judicial con una de estas partes. <i>SI LA RESPUESTA ES Sí, adjunte a este formulario una copia del Decreto o de la Orden Judicial.</i> <input type="checkbox"/> No existe ningún orden					
SECCIÓN IV – FIRMA PARA VERIFICAR EXACTITUD					
<i>La información anterior es completa y veraz según mi leal saber y entender. Entiendo que la falsificación por mi parte permitirá al Administrador del Plan recuperar los pagos realizados, cancelar mi cobertura y/o rechazar el pago de reclamaciones.</i>					
Firma del empleado	Fecha				