



B and B Maintenance
FORMA DE ELECCION – August 1, 2025 a July 31, 2026
(Favor llene la forma completa)

BENEFICIOS EFECTIVOS:	
Nueva Inscripcion:	<input type="checkbox"/> Nuevo Empleado <input type="checkbox"/> Incripcion Abierta
Inscripcion Especial:	<input type="checkbox"/> Adopcion <input type="checkbox"/> Orden Judicial <input type="checkbox"/> Añadir/Quitar Dependiente <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Gano/Perdida de Cobertura
	<input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha del Evento: _____

INFORMACION PERSONAL DEL EMPLEADO			
Nombre Completo:			
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	# de Seguro Social:
Direccion:			Apt. #:
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
# de Telefono:	Correo Electronico:		

INFORMACION DE EMPLEO			
Salario Anual:	Fecha de Empleo	<input type="checkbox"/> Maintenance <input type="checkbox"/> Management	
	Tiempo Completo:		
Ocupacion:	Horas por semana:	Clase si aplica:	

SEGURO MEDICO – United Healthcare (UHC)		BI_ WEEKLY PRE-TAX Employee Contributions	
	Navigate HMO EGKB Rx 3BX IL Employees ONLY		Nexus ACO OAP HDHP EGR6 Rx 2V-HSA
Empleado	<input type="checkbox"/> \$89.30		<input type="checkbox"/> \$89.30
Empleado + Conyugue	<input type="checkbox"/> \$382.52		<input type="checkbox"/> \$420.91
Empleado + Hijo/a(s)	<input type="checkbox"/> \$338.52		<input type="checkbox"/> \$371.10
Familia Completa	<input type="checkbox"/> \$631.51		<input type="checkbox"/> \$702.47

Rechazo la cobertura Medica este año – entiendo y estoy de acuerdo con las consecuencias del rechazo

**Si elige el HMO por primera vez, forfavor asigne su Proveedor de Cuidado Primario (PCP):*

Empleado:	PCP #:	PCP Name:
Conyugue:	PCP #:	PCP Name:
Hijo/a:	PCP #:	PCP Name:
Hijo/a:	PCP#:	PCP Name:

DENTAL – Mutual of Omaha		BI_ WEEKLY PRE-TAX Employee Contributions	
	Dental PPO		<input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura Dental este año – entiendo y estoy de acuerdo con las consecuencias del rechazo
Empleado	<input type="checkbox"/> \$19.02		
Empleado + Conyugue	<input type="checkbox"/> \$37.99		
Empleado + Hijo/a(s)	<input type="checkbox"/> \$43.98		
Familia Completa	<input type="checkbox"/> \$68.76		

VISION – Mutual of Omaha		BI_ WEEKLY PRE-TAX Employee Contributions	
Empleado	<input type="checkbox"/> \$3.34		<input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura de la Vision este año – entiendo y estoy de acuerdo con las consecuencias del rechazo
Empleado + Conyugue	<input type="checkbox"/> \$6.35		
Empleado + Hijo/a(s)	<input type="checkbox"/> \$6.68		
Familia Completa	<input type="checkbox"/> \$9.82		

BENEFICIOS PROVEIDOS POR SU EMPLEADOR – Mutual of Omaha	
<input checked="" type="checkbox"/> Incapacidad a Corto Plazo – 60% a \$125 max. por semana	
<input checked="" type="checkbox"/> Vida & Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) \$15,000 Beneficio	Nombre sus Beneficiarios – debe ser un 100%



B and B Maintenance
FORMA DE ELECCION – August 1, 2025 a July 31, 2026
(Favor llene la forma completa)

Añadir/Remove Dependes – Use una pagina adicional si es necesario				Medica		Dental		Vision	
Nombre	# de Seguro Social	Fecha de Nac.	M/F	Añadir	Quitar	Añadir	Quitar	Añadir	Quitar

Yo RECHAZO la cobertura Medica para este año y entiendo/estoy de acuerdo con lo siguiente:
Usted puede rechazar la cobertura medica que le ofrece su empleador, esto se llama rechazo de cobertura. Si usted rechaza la cobertura para usted, no podra cubrir a sus dependes bajo el plan medico de su Empleador.

Recuerde que despues del 2013, si usted rechaza la cobertura que es considerada Asequible y minima esencial bajo el Acto de Cuidado Asequible (ACA), usted no calificara para creditos o subsidios gubernamentales para comprar seguro medico en el Mercado.

La decision de rechazar la cobertura tiene consecuencias para usted. Por ejemplo:

- Si usted rechaza la cobertura ahora, no podra inscribirse en el plan medico de su Empleador hasta el proximo periodo de inscripcion abierta. Sin embargo, si usted esta cubierto bajo otro plan, y pierde esa cobertura, usted podra inscribirse en el plan medico de su Empleador inmediatamente. Hay un limite para inscribirse despues de perder la otra cobertura: usted tiene que petitionar su inscripcion en el plan en menos de 30 dias de perder la otra cobertura.
- Si usted obtiene un depende nuevo por medio de nacimiento, adopcion o matrimonio; podra inscribirse usted, su Nuevo depende, y la familia completa en ese tiempo, pero lo debera hacer en menos de 30 dias de obtener el Nuevo depende. Si pierde la fecha limite de 30 dias de inscripcion, usted tendra que esperar hasta el proximo tiempo de inscripcion abierta.

Yo afirmo que mi empleador me ha ofrecido cobertura asequible y minima esencial, como lo define el ACA, para el period de 7/1/17 a 6/30/18. Yo he leido todo arriba y entiendo las consecuencias de mi rechazo de cobertura.

Yo rechazo la cobertura medica por las siguiente razon(es): marque las Casillas que apliquen

Plan del trabajo de mi conyugue COBRA/State Continuation Cobertura Individual (no de grupo)
 Medicare o otro plan gubernamental Prefiero no tener cobertura Otro (explique):

Yo autorizo las deducciones de las cuotas que aplican a travez de mi salario para las coberturas que he elegido, y estoy de acuerdo que mis elecciones se mantendran sin cambio por el año completo a menos de que tenga un evento que califique.

Firma:		Fecha:	
Nombre:			



Designación Del Beneficiario

Nuevo Cambio POR FAVOR ESCRIBA O LETRA DE LETRA CON BOLÍGRAFO

Nombre De el Empleado:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Contratacion (Tiempo Completo)	
Numero De Seguro Social:		

Beneficiario Irrevocable: SI NO

Nota: Si selecciona un beneficiario irrevocable, no podrá cambiarlo sin el consentimiento del beneficiario irrevocable. Un beneficiario irrevocable tiene un interés creado en el producto del contrato; por tanto, el titular del contrato no puede ejercer determinados derechos sin el permiso del beneficiario irrevocable.

Si se nombran dos o más beneficiarios principales y usted no indica los porcentajes de beneficios, los ingresos se pagarán en partes iguales a los beneficiarios principales nombrados que le sobrevivan. Si ningún beneficiario principal le sobrevive, los ingresos se pagarán a los beneficiarios contingentes. Si enumera porcentajes de beneficios, el total debe ser igual al 100%. CONSULTE ABAJO PARA OBTENER MÁS DETALLES.

	Nombre	Apellido	Fecha De Nacimiento	Numero De Seguro Social #	Relacion	Beneficio %
BENEFICIARIO Debe ser Completado	Primario					
	Primario					
	Contingente					
	Contingente					

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el fin de inducir a error, información relativa a cualquier hecho importante de la misma, comete un acto fraudulento. acto de seguro que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles. (No aplicable en Oregon o Virginia)

Firma de Empleado O Miembro:	Fecha:	
-------------------------------------	---------------	--

Nota importante para empleados casados: si reside en AZ, CA, ID, LA, NV, NM, TX, WA o WI, puede nombrar a alguien que no sea su cónyuge como beneficiario principal. Sin embargo, el pago de los beneficios puede retrasarse o disputarse a menos que su cónyuge consienta en renunciar a sus derechos sobre cualquier interés de propiedad comunitaria sobre los beneficios. A continuación proporcionamos un "Consentimiento conyugal para estados de propiedad comunitaria" para la firma de su cónyuge. PRINCIPAL no será responsable de los daños debidos a cualquier retraso o disputa en el pago de los beneficios si usted decide no obtener la firma de su cónyuge.

Consentimiento conyugal para estados de propiedad comunitaria: Por la presente doy mi consentimiento para la designación de Beneficiario principal por parte de mi cónyuge. Este consentimiento reemplaza cualquier consentimiento conyugal previo que pueda haber otorgado según este plan

Firma Del Conyuge:	Fecha:	<input type="checkbox"/> El Empleado no tiene conyuge legal
---------------------------	---------------	---

Beneficiario principal: El beneficiario principal es la(s) persona(s) que usted nombre para recibir beneficios por fallecimiento. Puede nombrar más de un beneficiario. Si especifica porcentajes de beneficios, el total debe ser igual al 100%.

Beneficiario contingente: El beneficiario contingente es la persona que usted nombra para recibir beneficios por fallecimiento si ningún beneficiario principal le sobrevive. Si especifica porcentajes de beneficios, el total debe ser igual al 100%.

Sin beneficiario: si no nombra un beneficiario, o si ningún beneficiario le sobrevive, la compañía de seguros pagará los beneficios por fallecimiento en el orden de supervivencia que se muestra en su certificado de grupo.