



**B and B Maintenance**  
**FORMA DE ELECCION – August 1, 2022 a July 31, 2023**  
 (Favor llene la forma completa)

<b>BENEFICIOS EFECTIVOS:</b>			
<b>Nueva Inscripcion:</b>	<input type="checkbox"/> Nuevo Empleado	<input type="checkbox"/> Incripcion Abierta	
<b>Inscripcion Especial:</b>	<input type="checkbox"/> Adopcion	<input type="checkbox"/> Orden Judicial	<input type="checkbox"/> Añadir/Quitar Dependiente
	<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 Annual:	Fecha de Empleo	<input type="checkbox"/> Maintenance <input type="checkbox"/> Management	
	Tiempo Completo:		
Ocupacion:	Horas por semana:	Clase si aplica:	

SEGURO MEDICO – BlueCross BlueShield of IL	<b>BI_ WEEKLY PRE-TAX Employee Contributions</b>
	PPO (Blue Choice Options) MIBCO2050
Empleado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 58.00
Empleado + Conyugue <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$356.83
Empleado + Hijo/a(s) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$283.24
Familia Completa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$578.19

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 – BlueCross BlueShield of IL	<b>BI_ WEEKLY PRE-TAX Employee Contributions</b>
	Dental PPO
Empleado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 18.14
Empleado + Conyugue <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 36.84
Empleado + Hijo/a(s) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 46.97
Familia Completa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$65.38

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

VISION – BlueCross BlueShield of IL	<b>BI_ WEEKLY PRE-TAX Employee Contributions</b>
Empleado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$3.56
Empleado + Conyugue <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$7.36
Empleado + Hijo/a(s) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$8.21
Familia Completa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$12.94

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

BENEFICIOS PROVEIDOS POR SU EMPLEADOR – BlueCross BlueShield of IL	
<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, 2022 a July 31, 2023**  
(Favor llene la forma completa)

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

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 leído 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.

<b>Firma:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Nombre:</b>			



## BENEFICIARY DESIGNATION

New  Change PLEASE TYPE OR PRINT WITH BALLPOINT PEN

<b>Employee's Name:</b>		<b>Gender:</b>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
<b>Date of Birth:</b>		<b>Date of Hire (Full-Time)</b>	
<b>Social Security Number:</b>			

**Irrevocable Beneficiary:**  Yes  No

Note: If you select irrevocable beneficiary, you may not change the beneficiary without the consent of the irrevocable beneficiary. An irrevocable beneficiary has a vested interest in the proceeds of the contract; therefore, the contract holder cannot exercise certain rights without the permission of the irrevocable beneficiary.

If two or more primary beneficiaries are named, and you do not list benefit percentages, proceeds will be paid in equal shares to the named primary beneficiaries who survive you. If no primary beneficiary survives you, proceeds will be paid to the contingent beneficiary(ies). If you list benefit percentages, the total must equal 100%. SEE BELOW FOR DETAILS.							
<b>BENEFICIARY</b> Must be completed		<b>First Name</b>	<b>Last Name</b>	<b>Date of Birth</b>	<b>Social Security #</b>	<b>Relationship</b>	<b>Benefit %</b>
	Primary						
	Primary						
	Contingent						
Contingent							

**WARNING:** Any person who, knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person, files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties. (Not enforceable in Oregon or Virginia)

<b>Signature of Employee or Member:</b>		<b>Date:</b>	
---	--	--------------	--

Important Note for Married Employees: If you reside in AZ, CA, ID, LA, NV, NM, TX, WA or WI, you may name someone other than your spouse as primary beneficiary. However, payment of benefits may be delayed or disputed unless your spouse consents to waive his or her rights to any community property interest in the benefits. We have provided below a "Spousal Consent for Community Property States" for your spouse's signature. PRINCIPAL will not be liable for damages due to any delay or dispute in payment of benefits if you choose not to obtain your spouse's signature.

**Spousal Consent for Community Property States:** I hereby consent to the Primary Beneficiary designation by my spouse. This consent supersedes any prior spousal consent I may have given under this plan.

<b>Spouse Signature:</b>		<b>Date:</b>	<input type="checkbox"/> Employee has no legal spouse
--------------------------	--	--------------	---

**Primary Beneficiary:** The primary beneficiary is the person(s) you name to receive death benefits. You may name more than one beneficiary. If you specify benefit percentages, the total must equal 100%

**Contingent Beneficiary:** The contingent beneficiary is the person(s) you name to receive death benefits if no primary beneficiary survives you. If you specify benefit percentages, the total must equal 100%

**No Beneficiary:** If you do not name a beneficiary, or if no beneficiary survives you, the Insurance Company will pay death benefits in the order of survivorship shown in your group certificate