

ESTA PÓLIZA PROPORCIONA ÚNICAMENTE BENEFICIOS DENTALES/DE LA VISTA. REVISE SU PÓLIZA ATENTAMENTE.

Nombre del suscriptor en letra de molde: _____

Yo solicito cobertura bajo el plan de seguro colectivo de mi empleador a quien autorizo a hacer las deducciones de mis ingresos para las contribuciones requeridas, si existe alguna, para pagar el costo de la cobertura. Recibiré un certificado de cobertura en versión digital o impresa. Al firmar a continuación, acepto recibir de forma electrónica mi certificado de cobertura y los documentos relacionados de acuerdo con los Términos para una entrega electrónica (*adjunto a este formulario*). Dichos términos indican la manera en la que puedo solicitar una copia impresa en cualquier momento.

CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON INTENCIÓN DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMOS O UNA SOLICITUD QUE INCLUYA CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO DE TERCER GRADO.

Firma del suscriptor: _____ Fecha: _____

RENUNCIAR A LA COBERTURA: *si usted está renunciando a la cobertura, llene esta sección. (es posible que la renuncia no esté permitida para este plan, confírmelo con su empleador)*

Renuncio a la cobertura (*marque todas las opciones que correspondan*): Para mí Para mi cónyuge Solo para mi(s) hijo(s)

Por este medio certifico que entiendo que soy elegible para la cobertura de servicios dentales y/o de la vista ofrecidos por Renaissance Life & Health Insurance Company of America. Por este medio rechazo la cobertura.

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____

Nombre del empleador: _____ Fecha: _____

SI RENUNCIA A LA COBERTURA DE RENAISSANCE DEBIDO A LA COBERTURA DE OTRA FUENTE:

Nombre de la otra compañía aseguradora que proporciona cobertura de servicios dentales/de la vista: _____

Nombre del suscriptor: _____ NSS del suscriptor: _____

CONSEJOS ÚTILES: *si tiene alguna pregunta al llenar este formulario, el Departamento de Recursos Humanos o de Personal puede ayudarle con esto.*

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR: *esta sección se debe completar para poder administrar su inscripción o actualizar su información. Toda esta información debe aplicarse a usted, el suscriptor. Escriba claramente o en letra de molde.*

Definiciones de estado: *seleccione solo un estado:*

- **Activo:** *suscriptor actual/activo*
- **Jubilado:** *jubilado y su grupo está proporcionando los beneficios*
- **COBRA:** *ya no es un suscriptor activo, pero tiene cobertura continua que usted mismo paga con COBRA. (es posible que se solicite a los empleadores que ofrezcan la cobertura extendida pagada por usted mismo a algunos empleados/beneficiarios que califiquen y que pierdan su cobertura de beneficios de atención médica. Confirme con el Departamento de Recursos Humanos/Personal)*
- **Sobreviviente:** *cónyuge/hijo sobreviviente de un suscriptor fallecido.*

TIPO DE ACTUALIZACIÓN: *seleccione todas las opciones que apliquen*

- **Renuncia:** *renuncia a los beneficios para sí mismo o para los dependientes.*
- **Nueva inscripción:** *primera vez que se inscribe a sí mismo o a los dependientes.*
- **Restablecimiento:** *restablecer la cobertura para sí mismo o para los dependientes.*
- **Cambios/correcciones a la información:** *enviar cualquier cambio a la información/beneficios para sí mismo o para los dependientes.*
- **Cancelación de los beneficios:** *cancelar la cobertura para sí mismo o para los dependientes.*

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/DEPENDIENTE: *esta sección se debe llenar cuando: registre al cónyuge/dependientes o haga cambios/correcciones a la información que se envió previamente a Renaissance. Incluya el nombre completo y el tipo de cobertura para cualquier persona a quien está inscribiendo o para quien está haciendo un cambio o modificación.*

Definiciones de estado de dependiente: *seleccione todas las opciones que apliquen*

- **Sobreviviente:** *cónyuge/hijo sobreviviente de un suscriptor fallecido.*
- **Legal:** *una persona sobre quien el suscriptor tiene tutela legal o un acuerdo similar que le confiere autoridad (y la obligación correspondiente) para cuidar de la persona y de la propiedad de la persona según la ley aplicable.*
- **Discapacitado:** *un dependiente legal quien tiene una discapacidad permanente antes de la fecha en que su cobertura terminaría de otra manera debido a la edad.*



DENTAL · VISION · LIFE · DISABILITY

Suscrito por Renaissance Life & Health Insurance Company of America, PO Box 1596, Indianapolis, IN 46206. En algunos estados, la cobertura de servicios para la vista podría estar suscrita por Vision Service Plan Insurance Company o VSP Vision Care, Inc. Puede comunicarse con ambas compañías escribiendo a la dirección 3333 Quality Drive, Rancho Cordova, CA 95670.