



Seguro de Salud Básico De Markel Forma de inscripción del Empleado

FORMA DEL CORREO A:

Pioneer Management Systems, Inc.
Impulsión de un estado a otro 123
P. O. Caja 9040
Springfield del oeste, MA 01090



- NUEVO
- CAMBIO - PRIMER DÍA DEL CAMBIO

FORMA DEL FAX A:

(866) 653-2542

A. INFORMACIÓN DEL PATROCINADOR

| | | |
|-------------------------|------------------------|-------------------|
| NOMBRE DEL PATROCINADOR | PRIMER DIA DEL TRABAJO | NUMERO DEL PATRON |
| DIRECCIÓN | | |

B. EMPLOYEE INFORMATION

| | | | |
|--|--|---|--|
| NUMERO DEL SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO | OCUPACIÓN | LOCALIZACIÓN DEL EMPLEO |
| NOMBRE COMPLETO DE S DEL EMPLEADO | | | GÉNERO <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/> VARÓN |
| DIRECCIÓN CASERA | | | NÚMERO DE TELÉFONO CASERO: _____ TRABAJO: _____ |
| ¿El Es usted a Fuerza del servicio del en del completo del tiempo del en del activo del seguro del este de párrafos del propuesto de los dependientes de o alguno de sus de de Armed? El sí del es del respuesta del la del silicio, escriba el nombre de la persona a quien el corresponde del silicio del EL: _____ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> WIDOWED <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO LEGALMENTE | |
| ¿Está usted a patrón de el patrocinaje de su del con del trabajo de tareas normales de su del sus del performingo del actualmente? No del es del respuesta del la del silicio, explique del favor del por: _____ | | | |

C. INFORMACIÓN DE LA COBERTURA

| | |
|--|--|
| PERSONAS QUE SE CUBRIRÁN <input type="checkbox"/> Empleado solamente <input type="checkbox"/> Empleado y esposo <input type="checkbox"/> Empleado y niño (ren) <input type="checkbox"/> Empleado, esposo, niño (ren) | SELECCIÓN DEL PLAN <input type="checkbox"/> Opción 1 del plan del valor <input type="checkbox"/> Opción estándar 1 del plan <input type="checkbox"/> Opción realizada 1 del plan <input type="checkbox"/> Opción 2 del plan del valor <input type="checkbox"/> Opción estándar 2 del plan <input type="checkbox"/> Opción realizada 2 del plan <input type="checkbox"/> Plan dental |
|--|--|

D. INFORMACIÓN DEPENDIENTE

SI SE SOLICITA COVEAGE DEPENDIENTE , los DEPENDIENTES ELEGIBLES de la LISTA - si el espacio adicional es necesario, una por favor una hoja separada a esta forma

| RELACIÓN AL EMPLEADO | NOMBRE (PRIMERO, MI, ÚLTIMO) | GÉNERO - F/M | FECHA DE NACIMIENTO | SEGURIDAD SOCIAL # | ¿ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO? |
|----------------------|------------------------------|---|---------------------|--------------------|---|
| ESPOSO | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | |
| NIÑO | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| NIÑO | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| NIÑO | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Entiendo que esta forma de la inscripción está conforme a la aceptación por Markel Insurance Company. Entiendo que para mantener mi seguro fuerza, debo continuar siendo empleado por el patrón que patrocina y pagar premios cuando deuda. Autorizo a mi patrón a deducir premios apropiados de mi cheque y a remitirlos al asegurador en mi favor. Las declaraciones contenidas adjunto son verdades y completo y, junto con cualquier otra forma firmada por mí en la conexión con esta forma de la inscripción, forme la base para cualquier certificado publicado abajo. Convengo que cualquier mala representación material hará el seguro voidable al presentarse el asegurador. Todas las declaraciones y descripciones se juzgan para ser representaciones y no garantías.

CUALQUIER WHO DE LA PERSONA CON CONOCIMIENTO Y CON EL INTENTO A DEFRAUDAR LA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O LA OTRA PERSONA ARCHIVA UN USO PARA EL SEGURO O LA DECLARACIÓN DE LA DEMANDA QUE CONTIENE CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA O LO ENCUBRE CON EL FIN DEL ENGAÑO, LA INFORMACIÓN REFERENTE A CUALQUIER MATERIAL DEL HECHO ADEMÁS COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DEL SEGURO, QUE ES UN CRIMEN Y SUJETA A TAL PERSONA A PENALITIES CRIMINAL Y CIVIL. **Los residentes del FL, de KS, del LA, de MD, de NJ, de NY, O y del VA - vea el aviso en la página siguiente.**

_____ de la firma _____ de la fecha

DENEGACIÓN DEL SEGURO - leído y de la muestra abajo si usted no desea participar en este plan

Me han dado la oportunidad de solicitar las ventajas del seguro colectivo según lo proporcionado bajo plan del seguro colectivo establecido por mi patrón. He decidido no solicitar esta cobertura. Entiendo que si decido solicitar este seguro más adelante, la prueba satisfactoria de la asegurabilidad será requerida en mi costo.

_____ de la firma _____ de la fecha



Residentes de la Florida: CUALQUIER WHO DE LA PERSONA CON CONOCIMIENTO Y CON EL INTENTO A DAÑAR, DEFRAUDA O CUALQUIER ASEGURADOR DE DECEIEVE ARCHIVA UNA DECLARACIÓN DE LA DEMANDA O UN USO QUE CONTIENE LA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN CRIMEN DEL TERCER GRADO.

Agente licenciado:

Número de la licencia de la Florida:

Firma del agente:

Residentes de Kansas: CUALQUIER WHO KNOWLINGLY DE LA PERSONA Y CON EL INTENTO A DEFRAUDAR LA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O LA OTRA PERSONA ARCHIVA UN USO PARA EL SEGURO O LA DECLARACIÓN DE LA DEMANDA QUE CONTIENE CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA O LO ENCUBRE PARA EL PROPÓSITO DEL ENGAÑO, LA INFORMACIÓN REFERENTE A CUALQUIER MATERIAL DEL HECHO PUEDE SER CULPABLE DE FRAUDE DEL SEGURO SEGÚN LO DETERMINADO POR UNA CORTE DE LA LEY, QUE ES UN CRIMEN Y SUJETA A TAL PERSONA A LAS PENAS CRIMINALES Y CIVILES.

Luisiana Residentes: CUALQUIER WHO DE LA PERSONA PRESENTA CON CONOCIMIENTO UNA DEMANDA PARA EL PAGO FALSA O FRAUDULENTA DE UNA PÉRDIDA O DE UNA VENTAJA O PRESENTA CON CONOCIMIENTO LA INFORMACIÓN FALSA EN UN USO PARA EL SEGURO ES CULPABLE DE UN CRIMEN Y PUEDE ESTAR CONFORME A MULTAS Y AL CONFINAMIENTO EN LA PRISIÓN.

Residentes de Maryland: CUALQUIER WHO DE LA PERSONA CON CONOCIMIENTO Y CON EL INTENTO A DEFRAUDAR LA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O LA OTRA PERSONA ARCHIVA UN USO PARA EL SEGURO O LA DECLARACIÓN DE LA DEMANDA QUE CONTIENE CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA O LO ENCUBRE CON EL FIN DEL ENGAÑO, LA INFORMACIÓN REFERENTE A CUALQUIER MATERIAL DEL HECHO ADEMÁS COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DEL SEGURO, QUE ES UN CRIMEN, SEGÚN LO DETERMINADO POR UNA JURISDICCIÓN COMPETENTE, Y SUJETA A TAL PERSONA A LAS PENAS CRIMINALES Y CIVILES.

New Jersey Residentes: ADVERTENCIA DEL FRAUDE: CUALQUIER WHO DE LA PERSONA INCLUYE CUALQUIER FALSO O LA INFORMACIÓN ENGAÑOSA SOBRE UN USO PARA EL SEGURO ESTÁ CONFORME A PENAS CRIMINALES Y CIVILES.

Residentes de Nueva York: CUALQUIER WHO DE LA PERSONA CON CONOCIMIENTO Y CON EL INTENTO A DEFRAUDAR LA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O LA OTRA PERSONA ARCHIVA UN USO PARA EL SEGURO O LA DECLARACIÓN DE LA DEMANDA QUE CONTIENE CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA, O LO ENCUBRE PARA EL PROPÓSITO DEL ENGAÑO, INFORMACIÓN REFERENTE A CUALQUIER MATERIAL DEL HECHO ADEMÁS, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DEL SEGURO, QUE ES UN CRIMEN, Y TAMBIÉN SERÁ SUJETO UNA PENA CIVIL NO EXCEDER \$5000 Y EL VALOR INDICADO DE LA DEMANDA PARA CADA TAL VIOLACIÓN.

Residentes de Oregon: CUALQUIER WHO DE LA PERSONA CON CONOCIMIENTO Y CON EL INTENTO A DEFRAUDAR LA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O LA OTRA PERSONA ARCHIVA UN USO PARA EL SEGURO O LA DECLARACIÓN DE LA DEMANDA QUE CONTIENE CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA O LO ENCUBRE CON EL FIN DEL ENGAÑO, LA INFORMACIÓN REFERENTE A CUALQUIER MATERIAL DEL HECHO ADEMÁS PUEDE COMETER UN ACTO FRAUDULENTO, QUE ES UN CRIMEN Y PUEDE SUJETAR A TAL PERSONA A LAS PENAS CRIMINALES Y CIVILES.

Residentes de Virginia: ANY PERSON WHO, WITH THE INTENT TO DEFRAUD OR KNOWING THAT HE IS FACILITATING A FRAUD AGAINST AN INSURER, SUBMITS AN APPLICATION OR FILES A CLAIM CONTAINING A FALSE OR DECEPTIVE STATEMENT MAY HAVE VIOLATED STATE LAW.