

**Disclosure**

The Spanish version of the LG ENR DV - 2024 is being provided on an informational basis only. The English version of this Plan is controlling for the purposes of application and interpretation.

**Divulgación**

La versión en español del LG ENR DV - 2024 se ofrece únicamente para propósitos informativos. La versión en inglés de este Plan sirve de control para propósitos de enviar solicitudes y para interpretación.

400 Fairview Ave N Suite 800  
Seattle WA 98109-5371  
(800) 554-1907

Tipo de inscripción (Marque uno)

Nueva  Inscripción abierta  COBRA  Reincorporación  Cambio | Descripción de los cambios: \_\_\_\_\_

Renuncia a la cobertura dental (seleccione cualquier opción que corresponda):  Yo y todos los dependientes  Cónyuge/pareja doméstica\*  Hijos dependientes\*\*

Si renuncia a la cobertura dental (esto no se aplica a la cobertura de la vista), consulte la sección "Renuncia a la cobertura dental" antes de firmar y enviar su formulario.

**Información del suscriptor (complete todos los campos)**

Nombre del grupo o del empleador	Número de grupo	Subgrupo	Fecha de contratación	Fecha de entrada en vigencia	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono			Correo electrónico		
¿Es este un número de teléfono móvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Cobertura dental: <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar			Cobertura de la vista: <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar		

**Información de dependientes**

Enumere todos los dependientes que tendrán cobertura (adjunte una página adicional si no puede enumerar a todos los dependientes):

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo	Dental	Vista
	<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja doméstica* <input type="checkbox"/> Hijo dependiente**			<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
	Hijo dependiente**			<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
	Hijo dependiente**			<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
	Hijo dependiente**			<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
	Hijo dependiente**			<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar

¿Alguno de sus dependientes tiene cobertura después de la edad permitida debido a una discapacidad?  Sí\*\*\*  No

**Coordinación de beneficios**

Complete esta sección si usted o sus dependientes tienen otra cobertura dental:

<b>Marque todas las personas a quienes se aplica la cobertura:</b>			
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Dependiente(s) (especificar) _____			
Nombre y número de grupo del empleador		Fecha de entrada en vigencia	
Nombre y dirección de la compañía de seguros			
Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) del titular de la póliza	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo

Para obtener información adicional sobre COB, adjunte una página por separado o llame al (800) 554-1907.

**Únicamente para inscripción de COBRA**

Indique la fecha en que califica:
Indique el evento que califica: <input type="checkbox"/> Finalización <input type="checkbox"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Disolución de pareja doméstica <input type="checkbox"/> Viudez/Dependiente sobreviviente <input type="checkbox"/> Hijo dependiente que dejó de ser elegible <input type="checkbox"/> Otro

**Aumento de categoría en la cobertura dental (si corresponde)**

<p><b>Marque una opción:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Elijo el aumento de categoría opcional para la cobertura dental.</p> <p><input type="checkbox"/> No elijo el aumento de categoría opcional para la cobertura dental.</p> <p>Comuníquese con su empleador para obtener más información.</p>
---

### Renuncia a la cobertura dental (si corresponde)

Se me han informado las características y los beneficios del plan dental que se me ofrece a través de mi empleador. Entiendo que los beneficios del plan solo están disponibles para las personas inscritas. Después de una debida consideración, he indicado mis selecciones de renuncia en la página uno de este formulario.

Es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros de manera intencional con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro (R.C.W. 48.135.080).

- \* Las parejas domésticas incluyen las parejas registradas ante el estado u otras parejas domésticas si tienen cobertura específica del grupo.
- \*\* La edad mínima permitida es hasta los 25 años para todos los hijos dependientes; la cobertura no finalizará para hijos mayores de 25 años que sean:
  - (1) incapaces de tener un empleo que les permita mantenerse por motivo de una discapacidad del desarrollo o discapacidad física
  - (2) dependientes principalmente del empleado o del miembro para su sostenimiento y manutención
- \*\*\* Se requiere la documentación que demuestre que dicho hijo continúa siendo incapaz de tener un empleo para mantenerse por causa de una discapacidad física o del desarrollo y que dicho hijo depende principalmente del empleado o del miembro para su sostenimiento y manutención. Para obtener más información, llámenos al 1-800-554-1907.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha