

Disclosure

The Spanish version of the LG ENR - 2022 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 - 2022 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 una opción)

Nueva Inscripción abierta COBRA Reincorporación Cambio | Descripción de cambios: _____

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	
Correo electrónico		Número de teléfono			

Información de dependientes

Enumere todos los dependientes que tendrán cobertura:

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Agregar/Quitar	¿Esta persona tiene otra cobertura dental?
Cónyuge o pareja doméstica*					Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo dependiente**					Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo dependiente**					Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo dependiente**					Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo dependiente**					Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿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.

Marque todas las personas a quienes se aplica la cobertura:					
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Todos los dependientes con otra cobertura <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	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo

Si desea obtener información adicional sobre la coordinación de beneficios (coordination of benefits, COB), envíe un formulario adicional 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 ya no es elegible <input type="checkbox"/> Otros

Aumento de categoría en la cobertura (si corresponde)

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

Exención de cobertura dental

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 la debida consideración, he decidido lo siguiente: <input type="checkbox"/> No inscribir a mi cónyuge o pareja doméstica en el plan dental grupal que ofrece mi empleador. <input type="checkbox"/> No inscribir a mis hijos en el plan dental grupal que ofrece mi empleador. <input type="checkbox"/> No inscribirme a mí ni a mis dependientes en el plan dental grupal que ofrece mi empleador. Comprendo que, al hacer esto, renuncio a todos los beneficios que sean pagaderos en virtud del contrato para mí o mis dependientes.
--

Proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros de manera intencional con el propósito de estafar a la compañía es un delito. 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