

RELIANCE STANDARD LIFE INSURANCE COMPANY
Oficina Central: 1900 East Golf Rd
Suite 500
Schaumburg IL, 60173.

**IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija,
NO un seguro de salud**

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto en dólares limitado si tiene alguna enfermedad o está hospitalizado. Usted aún es responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que reciba no se basa en el monto de su factura médica.
- Puede haber un límite respecto a lo que pagará esta póliza cada año.
- Esta póliza no sustituye el seguro de salud integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro de salud, no necesita incluir la mayoría de las protecciones al consumidor federales que se aplican al seguro de salud.

¿Busca un seguro de salud integral?

- **Visite HealthCare.gov** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud.
- Para saber si puede recibir un seguro de salud a través de su empleo o del empleo de un familiar, comuníquese con el empleador que corresponda.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre su número de teléfono en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (naic.org) en la sección “Insurance Departments” (Departamentos de Seguros).
- Si tiene esta póliza a través de su empleo o del empleo de un familiar, comuníquese con el empleador que corresponda.

Sección A: Instrucciones

- ✓ **REVISAR LA INFORMACIÓN DEL PLAN:** Los materiales de inscripción que recibió contienen información importante sobre los beneficios, costos, exclusiones y limitaciones de los planes. Revise los materiales de inscripción detenidamente y decida qué opciones son mejores para usted y su familia.
- ✓ **DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN C.**
- ✓ **SELECCIONAR LA COBERTURA EN LA SECCIÓN D:** Consulte la tabla a continuación para obtener los costos de los planes. Decida en qué planes quiere inscribirse y a quién desea brindarle cobertura.
- ✓ **COMPLETE LA SECCIÓN E** solo si desea inscribir a sus dependientes que reúnan los requisitos.
- ✓ Los empleados que reúnen los requisitos solo pueden inscribirse durante el **período de inscripción abierta**. Los empleados recién contratados tienen 31 días para inscribirse después de la fecha en que empiezan a reunir los requisitos.
- ✓ **CAMBIO IMPORTANTE EN LA VIDA CALIFICADOR:** Es posible que existan situaciones por las que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes que reúnan los requisitos fuera del período de inscripción abierta. Complete la **sección G** si tuvo un cambio importante en la vida calificador fuera del período de inscripción abierta.
- ✓ Es importante que siga las instrucciones cuando realice sus elecciones; de lo contrario, es posible que se atrasé su inscripción o sus elecciones.
- ✓ **Asegúrese de firmar y poner la fecha en la sección H de este formulario y conserve una copia del documento completado a modo de registro.**

Sección B: Motivo del cambio/inscripción (Seleccione UNO).

Inscripción abierta Nueva contratación Cambio importante en la vida calificador Cambio de dirección solamente

Sección C: Información personal (Escriba con letra de imprenta prolaja dentro de los cuadros).

NOMBRE DEL EMPLEADOR: VILLA RESTAURANT GROUP	CÓDIGO DE LA UBICACIÓN:		
SU NOMBRE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO):			
N.º DEL SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):	SEXO (M, F, OTRO):	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
N.º DE TELÉFONO PARTICULAR/CELULAR:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		

Sección D: Selección de inscripción

Para marcar su elección, coloque una X en la casilla junto a la opción deseada. Debe marcar una casilla en cada sección. Los costos enumerados a continuación son montos semanales.

Parte 1: COBERTURA MÉDICA

Planes BasicAdvantage Total (BAT)¹ y Essential (EP)² y Dental

Empleado solamente	<input type="checkbox"/> \$19.64
Empleado + cónyuge	<input type="checkbox"/> \$48.24
Empleado + un hijo	<input type="checkbox"/> \$29.65
Empleado + hijos	<input type="checkbox"/> \$50.99
Empleado + familia	<input type="checkbox"/> \$68.89
RECHAZO LA COBERTURA	<input type="checkbox"/>

¹ Los costos que se muestran incluyen una tarifa administrativa que se suma a la prima del plan.

² Los costos aquí presentados pueden incluir los montos pagados por impuestos y tarifas según la Ley de Cuidado de Salud Asequible, que son adicionales a las primas del plan Essential.

Sección E: Información sobre los dependientes que inscribe^{3, 4} (Escriba con letra de imprenta prolaja dentro de los cuadros).

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Relación	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de Seguro Social	Sexo (M, F, otro)

³ Los hijos dependientes deben tener menos de 25 años, a menos que estén incapacitados. Es posible que se requiera prueba de la incapacidad.

⁴ Si tiene un hijo dependiente que no vive con usted, indique su dirección en la sección F, en el reverso de este formulario.

Sección F: Dirección de los dependientes que no viven con usted (Escriba con letra de imprenta prolíja dentro de los cuadros).

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Sección G: Cambio importante en la vida calificador⁵ (Marque con una "X").

COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLO SI HA TENIDO UN CAMBIO IMPORTANTE EN LA VIDA CALIFICADOR fuera de un período de inscripción abierta y necesita hacer elecciones o cambios por ese motivo. NO complete esta sección si debido a su nueva contratación se inscribe por primera vez en el programa.

<input type="checkbox"/> Cambio de dirección solamente	<input type="checkbox"/> Nacimiento o adopción de un niño
<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Hijo que reúne los requisitos (niño bajo cuidado de crianza/orden judicial)
<input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal	<input type="checkbox"/> Hijo que deja de reunir los requisitos (niño que supera la edad límite)
<input type="checkbox"/> Fallecimiento de un dependiente	<input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura de salud
<input type="checkbox"/> Otro motivo (explique):	

FECHA DEL CAMBIO IMPORTANTE EN LA VIDA (MM/DD/AAAA):

⁵ Tenga en cuenta que, si no nos informa sobre el cambio importante en la vida calificador en un plazo de 31 días, es posible que no pueda inscribirse ni inscribir a sus dependientes. Tampoco podrá cambiar sus elecciones actuales, a menos que haya un período de inscripción abierta.

Sección H: Declaración y autorización (Conserve una copia del formulario que ha completado a modo de registro).

Por medio del presente, declaro que la información que brindé en este formulario es precisa y completa. Deseo participar en los planes de beneficios que he seleccionado en la sección C y autorizo a mi empleador a deducir las contribuciones necesarias de mi salario.

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a procesos penales y punitivos.

SU FIRMA:	FECHA (MM/DD/AAAA):

Todos los planes están asegurados por

RS-2202.BAT3.EP.D.COMBINED
VILLA RESTAURANT GROUP 2025