

**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](http://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](http://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 atrase 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 prolija dentro de los cuadros).

NOMBRE DEL EMPLEADOR: <b>VILLA RESTAURANT GROUP</b>			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)<sup>1</sup> y Essential (EP)<sup>2</sup> 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"/>

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

<sup>2</sup> 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<sup>3, 4</sup> (Escriba con letra de imprenta prolija 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)

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

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

(VER EL DORSO)

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

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

**Sección G: Cambio importante en la vida calificador<sup>5</sup>** (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):	

<sup>5</sup> 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