



Vision Benefits of America, Inc.

Formulario de Inscripción/Cambio/Terminación

Tenga en cuenta: La información incompleta puede retrasar el procesamiento de este formulario.

400 Lydia St, Suite 300 Carnegie, PA 15106

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR DEL GRUPO

FECHA	NÚMERO DE GRUPO	SUBGRUPO (SI CORRESPONDE)
NOBRE DEL GRUPO		
ADMINISTRADOR	TELÉFONO	EXT
FECHA EFECTIVA DE INSCRIPCIÓN/TERMINACIÓN O CAMBIO	ESTADO DE INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> ACTIVO <input type="checkbox"/> COBRA	

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO	TIPO DE TRANSACCIÓN	AGREGAR <input type="checkbox"/>	CAMBIAR <input type="checkbox"/>	ELIMINAR <input type="checkbox"/>
NOMBRE				
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		

*RELACIÓN DEL DEPENDIENTE: S=CÓNYUGE/PAREJA, C=HIJO, H=HIJO DISCAPACITADO, T=ESTUDIANTE

**CÓDIGOS DE ACCIÓN: (A)AGREGAR (C)CAMBIAR (D)ELIMINAR

APELLIDO DEL DEPENDIENTE	NOMBRE DEL DEPENDIENTE	*RELACIÓN CON EL DEPENDIENTE	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/YYYY	**CÓDIGOS DE ACCIÓN
		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	/ /	
		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	/ /	
		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	/ /	
		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	/ /	
		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	/ /	
		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	/ /	
		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	/ /	
		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	/ /	

ADVERTENCIA DE FRAUDE:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga cualquier información o encubrimientos materialmente falsos con el fin de inducir a error, la información relativa a cualquier material de hecho al respecto comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a tal persona a sanciones penales y civiles.

Acepto todos los términos y condiciones del Plan de Visión de VBA y las deducciones de nómina correspondientes (si corresponde).

Firma del Empleado

Fecha