

# FORMA DE ELECCIÓN A PARTICIPAR SOLO EN EL SECCIÓN 125 PREMIUM ONLY PLAN (POP)

SIMPLICAMOS  
LO COMPLEJO

<b>Nombre del empleador:</b>	
<b>Nombre del empleado:</b>	
<b>Numero de Seguro Social del empleado</b>	
<b>Domicilio Postal:</b>	

**Deseo participar en el POP para las siguientes tipos de seguros:**

- |                                                                    |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguro medico de grupo para empleados     | <input type="checkbox"/> Seguro de vida temporal de grupo para empleados |
| <input type="checkbox"/> Contribuciones a la cuenta de HSA         | <input type="checkbox"/> Planes de discapacidad                          |
| <input type="checkbox"/> Opcion Dental (ofrecida por el empleador) | <input type="checkbox"/> Opcion de Vision (ofrecida por el empleador)    |
| <input type="checkbox"/> Otros                                     |                                                                          |

Al marcar cualquiera de las casillas de arriba, su parte de las selecciones será automáticamente continuado de un año a otro hasta que, y a menos que notifique al Administrador del Plan, completando otra forma de participación electoral en la disminución del POP. Cualquier cambio será efectivo a partir del primer día del próximo año del plan. Las cifras de reducción de sueldos de las elecciones traspaso se ajustarán automáticamente para reflejar cualquier aumento o disminución en el costo de las primas. Esta clase de elecciones se aplica a cualquier tipo de seguros seleccionado anteriormente.

**Para rechazar la cobertura POP, por favor marque la caja abajo:**

- Me han dado la oportunidad de inscribirse en el Premium Only Plan (POP) y pagar mi responsabilidad de las primas del grupo patrocinado con dólares antes de impuestos y deseo rechazar la participación en el POP hasta nuevo aviso por el escrito o un evento calificador.

**Cambio en el Estado - he tenido un cambio en estado y soy elegible para el plan de POP y al pago de las primas marcada en las casillas arriba con dólares antes de impuesto.**

- |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Matrimonio                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Nacimiento, adopción o colocación para la adopción de un niño |
| <input type="checkbox"/> Divorcio, separación o nulidad de matrimonio                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Muerte de mi cónyuge, y o dependiente                         |
| <input type="checkbox"/> Terminación o inicio de empleo de mi cónyuge o dependiente                                                                                                                               |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> El cambio de tiempo parcial a tiempo completo (o viceversa) en el empleo por parte de mí o de mi cónyuge, o dependiente, o la reducción o aumento de las horas, huelga o cierre patronal |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Yo, mi cónyuge o dependiente han tomado permiso de ausencia del empleado sin retribuidos                                                                                                 |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Un cambio en la residencia o lugar de trabajo de mi mismo, mi cónyuge o dependiente                                                                                                      |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Mi dependiente satisface o deja de cumplir los requisitos para la cobertura                                                                                                              |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Otro cambio: _____                                                                                                                                                                       |                                                                                        |

Firma de empleado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

*Plan anual/ Terminación: Cualquier cantidad de fondos que quede en su cuenta a fin de año se van a perder una vez pagados todos sus premiums. Y si queda cualquier saldo en su cuenta en la fecha en que usted termine su empleo con la compañía también se van a perder después que todos los premiums estén pagados.*