FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA PARA BENEFICIOS DEL 2027

Los beneficios estarán vigentes del 1.° de enero al 31 de diciembre del 2027

Plan médico, odontológico y oftalmológico

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (EN LETRA DE MOLDE)

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre):
Fecha de contratación (dd/mm/aaaa):

Número de seguro social:

Dirección postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono de la casa:

Teléfono del trabajo:

Sexo:
☐ Masculino
☐ Femenino

Estado civil:
☐ Casado
☐ Soltero
☐ Divorciado
☐ Separado

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

Lugar:

☐ L111 - Cold Storage Newfield ☐ L312 - Cold Storage Vineland ☐ L411 - Cold Storage Delanco ☐ P111 - Fulfillment Newfield ☐ P113 - Fulfillment Salt Lake City
☐ Q111 - Freight Consolidation ☐ Q113 - Freight Brokerage (Mt. Laurel) ☐ S111 - Shared Services ☐ P120 - Dry Ice Fulfillment

B. OPCIONES DE PLANES MÉDICOS (APORTES SEMANALES)

Marque (✓) una casilla

	Plan Base PPO de Meritain	Plan Intermedio PPO de Meritain	Plan con posibilidad de ampliación PPO de Meritain
Empleado únicamente	☐ $34.16	☐ $92.43	☐ $134.88
Empleado + cónyuge	☐ $197.36	☐ $323.09	☐ $520.82
Empleado + hijos	☐ $122.52	☐ $223.69	☐ $359.60
Empleado + familia	☐ $284.62	☐ $447.55	☐ $710.70

☐ **RENUNCIO A LA COBERTURA MÉDICA**

C. OPCIONES DE PLANES ODONTOLÓGICOS (APORTES SEMANALES)

Marque (✓) una casilla

	Plan Base PPO de Principal	Plan con posibilidad de ampliación PPO de Principal
Empleado únicamente	☐ $1.09	☐ $2.90
Empleado + cónyuge	☐ $4.01	☐ $7.73
Empleado + hijos	☐ $5.47	☐ $12.55
Empleado + familia	☐ $8.93	☐ $18.54

☐ **RENUNCIO A LA COBERTURA ODONTOLÓGICA**

D. OPCIONES DE PLANES OFTALMOLÓGICOS (APORTES SEMANALES)

Marque (✓) una casilla

	Plan oftalmológico de Aetna
Empleado únicamente	☐ $1.53
Empleado + cónyuge	☐ $2.90
Empleado + hijos	☐ $3.06
Empleado + familia	☐ $4.50

☐ **RENUNCIO A LA COBERTURA OFTALMOLÓGICA**

E. INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES - COMPLETE TODOS LOS CAMPOS *(indique los dependientes que usted desea cubrir con sus planes médicos, odontológicos y/u oftalmológicos)*

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Sexo	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Cobertura
Cónyuge/pareja doméstica	☐ Masculino ☐ Femenino			☐ Plan médico ☐ Plan odontológico ☐ Plan oftalmológico
Hijo	☐ Masculino ☐ Femenino			☐ Plan médico ☐ Plan odontológico ☐ Plan oftalmológico
Hijo	☐ Masculino ☐ Femenino			☐ Plan médico ☐ Plan odontológico ☐ Plan oftalmológico
Hijo	☐ Masculino ☐ Femenino			☐ Plan médico ☐ Plan odontológico ☐ Plan oftalmológico
Hijo	☐ Masculino ☐ Femenino			☐ Plan médico ☐ Plan odontológico ☐ Plan oftalmológico

Si inscribe a más de cuatro hijos, adjunte una hoja de papel separada con la información anterior.

F. RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO

Solicito cobertura, como se indica, para la cual soy o puedo ser elegible a través de mi empleo en RLS Logistics. He leído las afirmaciones anteriores y declaro que son ciertas a mi leal saber y entender. Si corresponde, los niños por quienes reclamaré gastos de dependientes o de cuidado infantil residen conmigo en una relación de padre-hijo o dependen legalmente de mí para su manutención. Autorizo a mi empleador a deducir de mi paga las primas necesarias (si corresponde) que se retendrán mediante deducción de nómina y, cuando esté permitido, antes de impuestos, en cuotas iguales durante todo el año del plan.

IMPORTANTE: ¡RECUERDE!

Una vez que haga sus elecciones, no podrá cambiarlas hasta el siguiente período de inscripción abierta, a menos que experimente un cambio en su situación que sea elegible. Las elecciones realizadas en este formulario estarán vigentes para el año del plan comprendido entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre del 2027.

Firma del empleado **Fecha**

RENUNCIA AL SEGURO

Yo, _____, por medio de la presente certifico que me han sido explicados y ofrecidos los planes de seguro que ofrece RLS Logistics. Sin embargo, por mi propia cuenta y sin coerción, he decidido renunciar a mi inscripción y rechazar a la cobertura del seguro para mí mismo o para mis dependientes elegibles. Además, entiendo que si quiero inscribirme a mí o a mis dependientes elegibles para cobertura médica, odontológica y/u oftalmológica en el futuro, yo y/o mis dependientes elegibles tendremos que presentar prueba de pérdida de cobertura a través de otra aseguradora. Si no se presenta la documentación, las solicitudes de inscripción solo se aceptarán durante la inscripción abierta anual.

Firma del empleado **Fecha**

VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR *(debe ser completada por el empleador. Se requiere la firma del empleador)*

Firma Fecha

Fecha de vigencia