Formulario de inscripción/cambio

Por favor, escriba en letra de imprenta en mayúsculas utilizando tinta azul o negra.
Por favor, complete todas las secciones.*

Suscrito por Fidelity Security Life Insurance Company of Kansas City, Missouri.

Información del empleador: para ser completado por el empleador

Nombre del empleador*

Fecha efectiva*^ ___ / ___ / ___

*^Fecha fijada por el empleador de conformidad con la propuesta de EyeMed. El empleador también fija la fecha efectiva para nuevas altas durante el período del contrato.

Numero del grupo*

Subgrupo*

Código de localidad

Información del empleado: para ser completada por el empleado

Tipo de cambio*: ☐ Adición ☐ Término ☐ Actualización

Identificación de miembro:

Apellido*

Fecha de nacimiento* ___ / ___ / ___

Nombre*

Inicial

Género* ☐ Hombre ☐ Mujer

Número de teléfono (___) ___ - ___

Dirección*

Ciudad*

Estado*

Código postal*

Número de seguro social*^ ___ - ___ - ___

^Se requieren los cuatro últimos dígitos del número de seguro social del empleado.

Correo electrónico del empleado:

Información de la familia: para ser completada por el empleado. Sólo dependientes elegibles pueden inscribirse.

Dependiente 1

Tipo de cambio*: ☐ Adición ☐ Término ☐ Actualización

Relación*: ☐ Esposo ☐ Esposa ☐ Hijo ☐ Hija ☐ Pareja de hecho

Apellido*

Género*: ☐ Hombre ☐ Mujer

Nombre*

Inicial

Número de seguro social ___ - ___ - ___

Fecha de nacimiento* ___ / ___ / ___

Dependiente 2

Tipo de cambio*: ☐ Adición ☐ Término ☐ Actualización

Relación*: ☐ Esposo ☐ Esposa ☐ Hijo ☐ Hija ☐ Pareja de hecho

Apellido*

Género*: ☐ Hombre ☐ Mujer

Nombre*

Inicial

Número de seguro social ___ - ___ - ___

Fecha de nacimiento* ___ / ___ / ___

Dependiente 3

Tipo de cambio*: ☐ Adición ☐ Término ☐ Actualización

Relación*: ☐ Esposo ☐ Esposa ☐ Hijo ☐ Hija ☐ Pareja de hecho

Apellido*

Género*: ☐ Hombre ☐ Mujer

Nombre*

Inicial

Número de seguro social ___ - ___ - ___

Fecha de nacimiento* ___ / ___ / ___

Dependiente 4

Tipo de cambio*: ☐ Adición ☐ Término ☐ Actualización

Relación*: ☐ Esposo ☐ Esposa ☐ Hijo ☐ Hija ☐ Pareja de hecho

Apellido*

Género*: ☐ Hombre ☐ Mujer

Nombre*

Inicial

Número de seguro social ___ - ___ - ___

Fecha de nacimiento* ___ / ___ / ___

Firma del empleado*: _____ Fecha*: ___ / ___ / ___

Para dependientes adicionales, por favor, complete un segundo formulario.