

**HZN**

Horizons HRS

**Benefits-In-A-Card***A Limited Benefit Plan***This is not Major Medical Coverage**

1-800-497-4856

www.benefitsinacard.com

**Enrollment Form**

Please Complete Entire Section (Print)

No coverage during periods without payroll deduction or direct payment to Benefits-In-A-Card.

COBRA eligible after 4 consecutive weeks without payroll deductions or direct payments.

Plan Options	Coverage Elections (Must elect same level of coverage for all benefits)				
Medical - GIM Plan 2	<input type="checkbox"/>	Employee <input type="checkbox"/>	Employee + Spouse <input type="checkbox"/>	Employee + Child(ren) <input type="checkbox"/>	Family <input type="checkbox"/>
Dental	<input type="checkbox"/>	Employee <input type="checkbox"/>	Employee + Spouse <input type="checkbox"/>	Employee + Child(ren) <input type="checkbox"/>	Family <input type="checkbox"/>
Disability	<input type="checkbox"/>	Employee (requires a medical election)			
Life	<input type="checkbox"/>	Enroll at Medical Level (requires a medical election)			
Vision	<input type="checkbox"/>	Employee <input type="checkbox"/>	Employee + Spouse <input type="checkbox"/>	Employee + Child(ren) <input type="checkbox"/>	Family <input type="checkbox"/>
Critical Illness	<input type="checkbox"/>	Enroll at Medical Level (requires a medical election)			
Accident	<input type="checkbox"/>	Enroll at Medical Level (requires a medical election)			
No Coverage	<input type="checkbox"/>	I choose not to participate			

For changes or cancellations, you **MUST** mark the appropriate box below and complete all required information. If no box is marked, this will be considered an enrollment form. **YOU WILL NOT BE CONTACTED.** For faster results, call 1-800-497-4856.

Change  Cancellation

I understand that deductions will continue until request is processed. Premiums will not be refunded. Changes coincide with premium adjustments

Are you covered by other insurance?  
Yes  No

**General Information Section**  
**Complete Entire Section (Please Print)**

Employee's Name (Please Print)		Sex	Social Security Number		<input type="checkbox"/> Married
					<input type="checkbox"/> Single
Home Address (Street or PO Box)		City	State	Zip Code	
Date of Birth (MM/DD/YY)	Telephone		Signature		Date
	( )				
Beneficiary's Full Name			Relationship		

Signature:	Social Security Number:	Date:
	/ /	

**Dependent Coverage Section (Please Use Additional Sheets If Necessary)**

Dependent's Name	Relation	Sex	Date of Birth (MM/DD/YY)	Social Security Number
	Spouse			/ /
	Child			/ /
	Child			/ /
	Child			/ /

**Health Benefits Offered Through Your Employer**

Must elect same level of coverage for all benefits. May elect Dental or Vision With or Without Medical.

Coverage	Employee	Employee + Spouse	Employee + Child(ren)	Family
Medical - Plan 1	\$18.78	\$35.55	\$31.53	\$47.64
Dental Benefit (with or without medical election)	\$3.85	\$7.39	\$7.39	\$12.93
Disability Rider (requires a medical election)	\$3.57	N/A	N/A	N/A
Term Life Rider (requires a medical election)	\$1.28	\$1.92	\$1.92	\$3.88
EyeMED Vision Benefit (with or without medical election)	\$1.89	\$3.60	\$3.78	\$5.55
Critical Illness Benefit (requires a medical election)	\$2.20	\$3.25	\$3.25	\$3.30
Accident Benefit (requires a medical election)	\$2.04	\$4.79	\$4.79	\$4.79
Total Weekly Deductions				

**HZN**

Horizons HRS

**Benefits-In-A-Card***Un plan beneficio limitado***Ésta no es una Cobertura médica principal.**

1-800-497-4856

www.benefitsinacard.com

**Formulario de Inscripción**

Complete toda la sección (ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA)

No hay cobertura durante periodos sin deducciones de nomina o pago directo a Benefits-In-A-Card.

Elegible para COBRA despues de 4 semanas consecutivas sin deducciones o pago directo a Benefits-In-A-Card.

Opciones del Plan	Selecciones de Cobertura (Hay que Elegir el Mismo Nivel de Cobertura para Todos Beneficios)				
Medico - GIM Plan 2	<input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Empleado+Esposo/a <input type="checkbox"/>	Empleado + niños <input type="checkbox"/>	Familia <input type="checkbox"/>
Dental	<input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Empleado+Esposo/a <input type="checkbox"/>	Empleado + niños <input type="checkbox"/>	Familia <input type="checkbox"/>
Incapacidad	<input type="checkbox"/>	Empleado (Requiere una Selección Medical)			
Seguro de Vida	<input type="checkbox"/>	Enrolar a Mismo Nivel de Selección Medical (Requiere una Selección Medical)			
Vision	<input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Empleado+Esposo/a <input type="checkbox"/>	Empleado + niños <input type="checkbox"/>	Familia <input type="checkbox"/>
Enfermedad Critica	<input type="checkbox"/>	Enrolar a Mismo Nivel de Selección Medical (Requiere una Selección Medical)			
Accidente	<input type="checkbox"/>	Enrolar a Mismo Nivel de Selección Medical (Requiere una Selección Medical)			
No Cobertura	<input type="checkbox"/>	Pero Opto Por No Participar En Este Plan.			

Para cambios o cancelaciones usted DEBE marcar la casilla adecuada y completar toda la información requerida. Si no marca ninguna casilla, este formulario será considerado como un formulario de inscripción. USTED NO SERA CONTACTADO. Para resultados más rápidos, llame al 1-800-497-4856

Cambio  Cancelaciones 

Entiendo que las deducciones continuarán hasta que mi solicitud sea procesada. Las primas no serán reembolsadas. Los cambios coincidirán con los ajustes de las primas.

¿Tiene cobertura con otra compañía asegurado?  
Si  No

**Sección General de Información****Complete Sección Entero (Favor de Imprimir)**

Nombre del empleado (Escriba en letra de imprenta)		Sexo	Número de seguro social		<input type="checkbox"/> Casado(a)
					<input type="checkbox"/> Soltero(a)
Dirección de domicilio (Calle o apartado postal)		Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Telefono	Firma	Fecha		
	( )				
Nombre del beneficiario		Parentesco			
Firma del Empleado:		Numero de seguro social:		Fecha:	
		/ /			

**SECCIÓN DE COBERTURA DE DEPENDIENTES (Utilice hojas adicionales de ser necesario)**

Nombre del dependiente	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Numero de seguro social
	Cónyuge			/ /
	Hijo(a)			/ /
	Hijo(a)			/ /
	Hijo(a)			/ /

**Beneficios de Salud Ofrecidos a Través de Su Agencia de Empleos**

Hay que Elegir el Mismo Nivel de Cobertura para Todos Beneficios. Se puede Elegir Dental / Vision Con ó Sin Medical.

Coverage	Empleado	Empleado+Esposo/a	Empleado + niños	Familia
Medico - Plan 1	\$18.78	\$35.55	\$31.53	\$47.64
Dental (disponible con o sin Médico)	\$3.85	\$7.39	\$7.39	\$12.93
Incapacidad	\$3.57	N/A	N/A	N/A
Seguro de Vida (Requiere una Selección Medical)	\$1.28	\$1.92	\$1.92	\$3.88
EyeMED Vision (disponible con o sin Médico)	\$1.89	\$3.60	\$3.78	\$5.55
Enfermedad Critica (Requiere una Selección Medical)	\$2.20	\$3.25	\$3.25	\$3.30
Accidente (Requiere una Selección Medical)	\$2.04	\$4.79	\$4.79	\$4.79
Total De Deducciones por Semana				