

Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools

1 de Junio 2026 al 31 de Mayo 2027

Formulario de Autorización del Empleado**Fecha de Efectividad:****SECCIÓN A: INFORMACIÓN PERSONAL - Por favor escriba claramente**

Nombre (Apellido, Primero, Inicial de segundo nombre):	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Empleo:
Dirección:	No. de Seguro Social:	
Ciudad, Estado y Código Postal:	Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

SECCIÓN B: COBERTURA DE EMPLEADO Y DEPENDIENTE - Las Tarifas son por Cheque de Pago (\$2 por año)

MÉDICO - Aetna	☐ Rechazo Médico	Razón por rechazar seguro Médico:
Medical Group:	PCP ID:	
AWH Southern CA HMO CA25 \$30/60 70 H RX3		
☐ Empleado ("EE") Solamente \$25.61	☐ "EE" + 1 Dependiente \$173.84	☐ "EE" + 2 o Más Dependientes \$295.13
AVN HMO CA25 \$30/60 70 H RX3		
☐ Empleado ("EE") Solamente \$30.03	☐ "EE" + 1 Dependiente \$203.89	☐ "EE" + 2 o Más Dependientes \$346.14
DENTAL - Aflac		
☐ Rechazo Dental		
Dental PPO Bajo		
☐ Empleado ("EE") Solamente \$3.46	☐ EE + SP \$6.83	☐ EE + Hijo(S) \$8.91
☐ EE + Familia \$12.74		
Dental PPO Alto		
☐ Empleado ("EE") Solamente \$10.13	☐ EE + SP \$20.27	☐ EE + Hijo(S) \$22.55
☐ EE + Familia \$34.33		
VISIÓN - Aflac (Davis 10/25)		
☐ Rechazo Visión		
☐ Empleado ("EE") Solamente \$1.51	☐ "EE" + 1 Dependiente \$2.98	☐ "EE" + 2 o Más Dependientes \$4.41
VIDA "AD&D" VOLUNTARIO - United Healthcare (Las entradas tardías están sujetas a Evidencia de Asegurabilidad)		
☐ Rechazo Vida/AD&D Voluntario		
Empleado: \$10,000 a \$500,000, sin exceder 5 veces su Salario Anual Básico		
Cónyuge: \$5,000 sin exceder el 50% del Monto del Empleado		
Hijo(s): \$2,000 a \$10,000 sin exceder el 50% del Monto del Empleado		
☐ Empleado \$	☐ Cónyuge ("SP") \$	☐ Hijo(S) \$
Monto de Beneficio: EE:	SP:	Hijo(S):
BENEFICIOS EN EL LUGAR DE TRABAJO - Aflac		
☐ Continuar mi inscripción actual Aflac SIN cambios		
☐ Rechazo Aflac		
Marque su selección(es): ☐ Accidente ☐ Cáncer ☐ Cuidado Crítico ☐ Incapacidad ☐ Hospitalización		
VIDA "AD&D" - United Healthcare		
☒ Empleado ("EE") Solamente 100% pagado por Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools		
Si está haciendo cambios a su inscripción o se está inscribiendo por primera vez, por favor póngase en contacto con Recursos Humanos para obtener el formulario del portador		

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES - Por favor escriba claramente

Dependiente (Apellido, Nombre):	☐ Cónyuge/Pareja Domestica ☐ Hijo/a	Fecha de Nacimiento:	Sexo:
			☐ Masculino ☐ Femenino
Address (if different from Employee):	No. de Seguro Social:	☐ Añadir Médico ☐ Quitar Médico	☐ Añadir Dental ☐ Quitar Dental
		☐ Añadir Visión ☐ Quitar Visión	
Dependiente (Apellido, Nombre):	☐ Cónyuge/Pareja Domestica ☐ Hijo/a	Fecha de Nacimiento:	Sexo:
			☐ Masculino ☐ Femenino
Address (if different from Employee):	No. de Seguro Social:	☐ Añadir Médico ☐ Quitar Médico	☐ Añadir Dental ☐ Quitar Dental
		☐ Añadir Visión ☐ Quitar Visión	

SECCIÓN C: OTRA COBERTURA DE SEGURO - En caso afirmativo, por favor complete esta sección

Elegible a Medicare ☐ Sí ☐ No	Otra Cobertura de Grupo ☐ Sí ☐ No
Nombre de Suscriptor:	Fecha de Efectividad:
Nombre de la Otra Compañía de Seguro:	Número de Grupo:

SECCIÓN D: FIRMA DEL EMPLEADO

Elijo la cobertura como se ha indicado anteriormente y consiento a todos los términos y condiciones establecidos anteriormente. Además, declaro que la información representada anteriormente es verdadera y correcta. Si se requieren contribuciones para la cobertura de plan de salud de Grupo, yo autorizo a mi empleador a deducir tales contribuciones de mi sueldo por la vía de deducciones de nómina hasta próximo aviso. Mi participación en el plan está sujeto a todos los términos y condiciones del plan como se indica en los documentos del plan y en el Resumen de Descripción del Plan.

"SBC": Por la presente reconozco haber recibido el Resumen de Beneficios y Cobertura ("SBC"). He leído el "SBC" y estoy familiarizado con su contenido. Si tengo alguna pregunta sobre la información, me comunicaré con el portador o con mi Departamento de Recursos Humanos para que mis preguntas sean contestadas. Yo entiendo que este "SBC" no es un contrato, y el material sólo representa pautas sujetas a cambios.

Oferta de Cobertura: Certifico que he recibido información de inscripción y del plan para la cobertura de cuidado de salud que ofrece Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools, representando que cumple con los requisitos bajo el "ACA" de ser asequible, tener cobertura mínima esencial, y que ofrece mínimo valor para mí. Se me a dado la oportunidad de inscribirme o rechazar esta cobertura.

Deducciones de Nómina Antes de Impuestos: Yo autorizo deducciones de nómina requeridas para las elecciones que he hecho anteriormente. Entiendo que estas deducciones se harán sobre una base antes de impuestos a menos que elija lo contrario en este formulario. Entiendo que no puedo cambiar mis elecciones hasta el próximo periodo de inscripción abierta, pero puedo cambiar la cobertura de mis dependientes que estoy asegurando o de añadir nuevos dependientes si hay un cambio de situación "calificado". He leído el Resumen de Descripción del Plan y entiendo la opción de la deducción después de impuestos.

☐ Al marcar esta casilla estoy rechazando los beneficios de impuesto que recibiría bajo la opción del plan de la Sección 125 antes de impuesto y entiendo que mi deducción será tomada después de impuesto.

Firma del Empleado:	Fecha:
---------------------	--------

SECCIÓN E: RECHAZO DE COBERTURA - Complete esta sección sólo si usted NO quiere cobertura

Entiendo que coberturas de seguro se han ofrecido a mí y a mis dependientes por parte de Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools. Yo rechazo a participar en el plan en este momento. Yo entiendo que si yo decido inscribirme más adelante, tendré que esperar hasta el próximo periodo de Inscripción Abierta al menos que experimente un cambio de evento permitido tal como se define por el Código de Rentas Internas ("IRC").

Oferta de Cobertura: Certifico que he recibido información de inscripción y del plan para la cobertura de cuidado de salud que ofrece Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools, representando que cumple con los requisitos bajo el "ACA" de ser asequible, tener cobertura mínima esencial, y que ofrece mínimo valor para mí. Se me a dado la oportunidad de inscribirme o rechazar esta cobertura.

Firma:	Fecha:
--------	--------