

Solicitud de Inscripción

1. Datos del Participante

Apellido(s) _____ Nombre _____ Inicial Segundo Nombre _____
 Número de Seguro Social _____ Mujer Hombre Fecha de Contratación/Recontratación _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____
 Empleador _____ División/Ubicación/Local _____
 Ocupación _____ Sueldo/Salario _____

2. Información del Seguro

¿Usted o cualquiera de sus dependientes están cubiertos por algún otro plan de seguro médico o dental? Sí No
 En caso afirmativo, favor marcar la casilla al lado de los que tienen tal cobertura: Usted mismo/a Su esposo/a Hijos
 Nombre de la compañía _____
 Número de la póliza _____ Tipo de Cobertura _____
 ¿El miembro o el dependiente es elegible para Medicare? Sí No En caso afirmativo, las fechas efectivas: Part A _____ Part B _____
 Persona Elegible para Medicare: Apellido(s) _____ Nombre _____ Inicial Segundo Nombre _____

3. Beneficiario del Seguro

Nombre _____ Relación/Parentesco con usted _____

4. Dependents

¿Está usted obligado a proveer un seguro médico por orden judicial? Sí No
 Si usted respondió que sí, favor de adjuntar el documento Qualified Medical Child Support Order (QMCSO) a este formulario.

Abajo, favor de anotar todos los dependientes que han de recibir la cobertura médica:

	Apellido(s)	Nombre	Inicial segundo nombre	Marque uno M=Mujer H=Hombre	Relación con el empleado	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social
Esposo/a				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			
Niño/a				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			
Niño/a				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			
Niño/a				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			
Niño/a				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			

5. Renuncia

Opto no elegir la cobertura en este momento.

He completado esta solicitud y considero que a mi mejor saber y entender es cierta y precisa. Comprendo que la falta de divulgar información verdadera y exacta puede resultar en la terminación inmediata de los beneficios. Entiendo que los beneficios no entrarán en vigor hasta tanto yo haya cumplido con los requisitos de elegibilidad según el Plan. Por la presente autorizo a cualquier médico, médico practicante, hospital, clínica, instalación de Administración de Veteranos, u otra instalación relacionada con la medicina, compañía de seguro médico o reaseguradora o cualquier agencia de informes del consumidor, que dispongan de la información en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier afección física o mental en mí, incluyendo el abuso de drogas o de alcohol, y/o mis tratamientos, o de mi dependientes nombrados, para proporcionar al Plan, a su representante legal, a la empresa que administra los cuidados, a la empresa que pre certifica o revisa la utilización, cualquiera y toda la información mencionada.

Firma _____ Fecha _____

----- *Uso Exclusivo del Administrador del Plan* -----
 Effective Date _____ Class _____ Division Code _____ Client Code _____