

USE EL NOMBRE QUE MUESTRE EN SU IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO PARA EL PARTICIPANTE Y TODOS LOS DEPENDIENTES

**Información del participante**

Nombre:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O	SSN:	Fecha de nacimiento:
Dirección:			
Ciudad:	Estado:		Cremallera:
Teléfono celular:	Dirección de correo electrónico:		
¿Desea copias electrónicas de los documentos del plan?		Sí	No
Estado civil:	Soltero	Casado	Divorciado
¿Es elegible para Medicare?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿tiene
			Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D
¿Está cubierto por algún otro plan que sea el principal?			
En caso afirmativo, ¿es la cobertura (marque uno)		Familia <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, ¿es la política (marque con un círculo todas las que correspondan)?		Médico <input type="checkbox"/>	Receta <input type="checkbox"/>
Nombre del seguro			Fecha de entrada en vigor
Médico:			
Receta:			
Dental:			
Visión:			

**Información del cónyuge**

Nombre:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O	SSN:	Fecha de nacimiento:
Dirección:			
Ciudad:	Estado:		Cremallera:
Teléfono celular:	Dirección de correo electrónico:		
¿Es elegible para Medicare?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿tiene
			Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D
¿Está cubierto por algún otro plan que sea el principal?			
En caso afirmativo, ¿es la cobertura (marque uno)		Familia <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, ¿es la política (marque con un círculo todas las que correspondan)?		Médico <input type="checkbox"/>	Receta <input type="checkbox"/>
Nombre del seguro			Fecha de entrada en vigor
Médico:			
Receta:			
Dental:			
Visión:			

**Información dependiente**

Nombre:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O	SSN:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O	SSN:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O	SSN:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O	SSN:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O	SSN:	Fecha de nacimiento:
¿Alguno de estos dependientes está cubierto por otro plan de seguro? (aparte de lo que se menciona anteriormente en la Sección de Cónyuges)			
En caso afirmativo, Fecha de nacimiento del tomador del seguro: _____		Receta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Es la política (marque con un círculo todas las que correspondan)		Médico <input type="checkbox"/>	Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/>
Nombre del seguro			Fecha de entrada en vigor
Médico:			
Receta:			
Dental:			
Visión:			

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN Por la presente, certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que si falsifico intencionalmente o no proporciono la información en este formulario, las reclamaciones pueden ser denegadas y puedo estar sujeto a un litigio por parte del Fondo. También entiendo que debo notificar al Fondo de cualquier cambio en la información anterior dentro de los 30 días posteriores al cambio.

Firma del participante:	Fecha:
Firma del cónyuge:	Fecha: