

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

Información del participante										
Nombre:		Género:	M	F	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		Separado		Viudo
¿Es elegible para Medicare?		Sí	No		En caso afirmativo, ¿tiene		Parte A	Parte B	Parte D	
¿Está cubierto por algún otro plan que sea el principal?						Sí		No		
En caso afirmativo, ¿es la cobertura (marque uno)						Familia		Soltero		
En caso afirmativo, ¿es la política (marque con un círculo todas las que correspondan)?				Médico	Receta		Dental	Visión		
Nombre del seguro						Fecha de entrada en vigor				
Médico:										
Receta:										
Dental:										
Visión:										
Información del cónyuge										
Nombre:		Género:	M	F	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	Parte B	Parte D	
¿Está cubierto por algún otro plan que sea el principal?						Sí		No		
En caso afirmativo, ¿es la cobertura (marque uno)						Familia		Soltero		
En caso afirmativo, ¿es la política (marque con un círculo todas las que correspondan)?				Médico	Receta		Dental	Visión		
Nombre del seguro						Fecha de entrada en vigor				
Médico:										
Receta:										
Dental:										
Visión:										
Información dependiente										
Nombre:		Género:	M	F	O	SSN:		Fecha de nacimiento:		
Nombre:		Género:	M	F	O	SSN:		Fecha de nacimiento:		
Nombre:		Género:	M	F	O	SSN:		Fecha de nacimiento:		
Nombre:		Género:	M	F	O	SSN:		Fecha de nacimiento:		
Nombre:		Género:	M	F	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)						Sí		No		
En caso afirmativo, Fecha de nacimiento del tomador del seguro:				Médico	Receta		Dental	Visión		
Es la política (marque con un círculo todas las que correspondan)										
Nombre del seguro						Fecha de entrada en vigor		Nombre del titular de la póliza		
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: