

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:				Código Postal:	
Teléfono celular:	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
En caso afirmativo, ¿la cobertura es: (marque uno)						Familia
En caso afirmativo, ¿el seguro es: (marque con un círculo todas las que correspondan)?			Médico	Receta	Dental	Visión
Nombre del seguro						Fecha que tomo efecto
Médico:						
Receta:						
Dental:						
Visión:						

Información del cónyuge

Nombre:	Género:	M	F	O	SSN:	Fecha de nacimiento:
Dirección:						
Ciudad:	Estado:				Código Postal:	
Teléfono celular:	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
En caso afirmativo, ¿es la cobertura es: (marque uno)						Familia
En caso afirmativo, ¿el seguro es: (marque con un círculo todas las que correspondan)?			Médico	Receta	Dental	Visión
Nombre del seguro						Fecha que tomo efecto
Médico:						
Receta:						
Dental:						
Visión:						

Información del 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	
El seguro es (marque con un círculo todas las que correspondan)							
Nombre del seguro						Fecha que tomo efecto	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, los reclamos pueden ser rechazados 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: