

**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		No		
En caso afirmativo, ¿la cobertura es: (marque uno)						Familia		Soltero		
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		No		
En caso afirmativo, ¿es la cobertura es: (marque uno)						Familia		Soltero		
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: