



SECTION 1: Información del Aplicante

Apellido:		Fecha de vigencia:		Nombre del plan:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:			
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Numero SS:			
Telefono de casa#:		Telefono trabajo #:		Mejor momento para llamar!: a.m. p.m. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	
Dirección:			Ciudad:		Estado:
Altura:		Peso:		Código postal:	

Sección 2: Información de cobertura

Por favor marque todas las que apliquen, deseo inscribir en el siguiente plan: Yo y cónyuge e hijos

<input type="checkbox"/> MEC Plan Tarifa Semanal: EE \$5.08 ES: \$8.31 EC: \$8.31 EF: \$11.31	<input type="checkbox"/> MEC Premium Plus Tarifa Semanal: EE \$126.01 ES: \$273.48 EC: \$283.29 EF: \$430.75
--	---

SECCIÓN 2a: información previa de cobertura de seguro – por favor, incluya un certificado de cobertura acreditable de su proveedor de seguros anterior, si está disponible, para evitar retraso en el pago de sus afirmaciones.

Han usted o alguno de sus dependientes se ha cubierto por cualquier plan de otros médicos además de plan de su empleador actual dentro de los últimos 12 meses (esto incluye cualquier otro Plan médico patrocinado por empleador, Medicaid, Medicare, Champus, Tricare, etcétera <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí, debido a la COBRA. Si sí, incluyendo en sí debido a la cobertura de COBRA, contestar todas las preguntas restantes en esta sección.			Name of Insurance Carrier:		
Póliza #:		Fecha de inicio:	Fecha de cancelación:		Titular de la póliza:
Miembro ID #:		Empleador:		Persona cubierta: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Menores (lista nombres):	

SECCIÓN 2b: otra información de cobertura de seguro

¿Usted o alguno de sus dependientes se cubrirán bajo otro plan médico mientras esten cubierto bajo este plan de los administradores de beneficios esenciales ofrecido por su empleador? (Esto incluye Medicaid, Medicare, Champus, Tricare, etcetera). <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si, conteste todas las preguntas restantes de esta sección.			Nombre de la aseguradora:		
Poliza #:		Fecha de inicio:	Titular de la póliza:		
Miembro ID #:		Empeador:	Persona cubierta: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Menores (lista nombres):		

SECTION 3: Dependent Information (list all dependents below that you are enrolling per the benefits above. Use additional page if needed.)

<input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Pareja	Apellido:	Primero:	Numero SS:	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Altura:	Peso:
<input type="checkbox"/> Niño	Apellido:	Primero:	Numero SS:	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Altura:	Peso:
<input type="checkbox"/> Niño	Apellido:	Primero:	Numero SS:	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Altura:	Peso:
<input type="checkbox"/> Niño	Apellido:	Primero:	Numero SS:	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Altura:	Peso:
<input type="checkbox"/> Niño	Apellido:	Primero:	Numero SS:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Altura:	Peso:

Si un decreto de corte requiere cubrir sus dependientes bajo este plan, PRESENTA la parte del decreto judicial con esta forma de inscripción.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____