



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD

LLENE TODAS LAS SECCIONES SIGUIENTES PARA INSCRIPCIONES NUEVAS. LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS SERÁN DEVUELTOS. POR FAVOR, REVISE LOS AVISOS IMPORTANTES AL RESPALDO Y LA DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PORTABILIDAD DE LA HIPAA		Nombre del Empleador o Compañía:					
NOMBRE DEL EMPLEADO (NOMBRE) (INICIAL) (APELLIDO)		Tipo de Beneficios: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Otro					
DIRECCIÓN		NO. DE SEGURO SOCIAL (lo exige la ley) SEXO (M o F) FECHA DE NACIMIENTO					
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		FECHA DE CONTRATACIÓN <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Vuido <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado – Fecha del Matrimonio - - - - (Requerida si se Inscribe al(la) esposo(a))					
(CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO TELEFÓNICO		PARA USO DE LA COMPAÑÍA SOLAMENTE					
OCUPACIÓN/CARGO INGRESOS (para Seguro de Incapacidad o de Vida) \$ _____ POR _____		PLAN# DEPTO. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA					
BENEFICIARIO (APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL)		FECHA DE NACIMIENTO		RELACIÓN			
(Para Seguro de Vida)							
DIRECCIÓN (CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)			(CÓD. DE ÁREA) NÚMERO TELEFÓNICO				
DEPENDIENTES (Use páginas adicionales si es necesario.) Si no está cubriendo a un dependiente, por favor llene también la exención al dorso de este formulario .							
NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	RELACIÓN	SERÁ CUBIERTO SÍ / NO
ESPOSO(A) LEGAL							
Liste hijo(a)							
Liste hijo(a)							
Liste hijo(a)							
Liste hijo(a)							
<p>Todos los hijos en la lista de arriba deben ser: 1.) su hijo legítimo, natural o adoptado legalmente o 2.) su hijastro o cualquier otro hijo que resida permanentemente en su vivienda y satisfaga la definición de dependiente como aparece en el Documento Sumario del Plan de TPM.</p> <p>Si su hijo dependiente tiene más de 19 años, ¿es él o ella estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la Escuela: _____</p>							

ENTIENDO que proporcionar información inexacta o incorrecta a cualquiera de las preguntas de este Formulario de Inscripción puede considerarse como fraude del cuidado de la salud.

POR MEDIO DE LA PRESENTE autorizo a mi empleador a realizar deducciones de nómina para esta cobertura. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

ACUSO recibo de la declaración de Derechos de Portabilidad de la HIPAA que me fue entregada con este formulario.

Tengo cobertura acreditable anterior Sí No. En caso afirmativo, entiendo que debo presentar un certificado de cobertura acreditable a TPM.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

LLENE EL FORMULARIO DE EXENCIÓN AL DORSO SI USTED Y/O SUS DEPENDIENTES ELIGEN NO SER CUBIERTOS POR ESTE PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD

