Sello/Ponche

# SOLICITUD PARA EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL ELA 2016

TRIPLE-S SALUD
BlueCross BlueShield of Puerto Rico

No escriba en áreas sombreadas gris

☐ **INGRESO NUEVO** ☐ **RENOVACION**

| | SEGURO SOCIAL | CÓDIGO | Edad | F. de Nac. (M/D/A) | Estado Civil |
|---|---|---|---|---|---|
| | - - | | | / / | |

**NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL** | **Sexo**

**Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial**

**Dirección Residencial:** | **Tel. Casa**

**Tel. Alterno**

**Dirección Postal:** | **Celular**

## PATRONO

| Empleados Activos | | | Pensionados |
|---|---|---|---|
| **Agencia o Municipio** | **División** | **Clasificación Empleado** | ☐ Retiro Central |
| | | ☐ Estatal ☐ Municipal | ☐ Retiro Maestro |
| | | ☐ Otro ☐ Transitorio | ☐ **Sin** derecho Aport Patronal |

**Está usted en TRAMITE de:** ☐ **Retiro** ☐ Licencia sin Sueldo, fecha de que comenzó la misma:_____

## PLAN (Si tiene Medicare, es requisito incluir copia de la tarjeta)

☐ Individual Activo
☐ Pareja Activo
☐ Familiar Activo

**Solo para pensionados:**
☐ *Complementaria Medicare (individual)
☐ *Medicare Advantage (individual)

***** De escoger una de estas dos opciones favor de indicar composición:
☐ Matrimonio (ambos con Medicare A y/o B)
☐ Pareja (uno con Medicare A y/o B)
☐ Familiar (uno con Medicare A y/o B)
☐ Familiar (dos con Medicare A y/o B)

¿Tiene usted otro seguro médico? ☐ No ☐ Sí Indique cuál: _____

**PLAN MANCOMUNADO:** Proveer formulario **SC-1335** del Cónyuge para poder procesar.

Nombre del Cónyuge | Seg. Soc. del Cónyuge

| ALTERNATIVA | CUBIERTAS OPCIONALES | |
|---|---|---|
| ☐ ELA Bronce | ☐ Seguro de Vida | ☐ Dental |
| ☐ ELA Plata | | ☐ Farmacia Metal |
| ☐ ELA Rubí | ☐ Seguro de Vida & Cáncer | ☐ Farmacia Alterna |
| ☐ ELA Diamante Cuidado Coordinado** | ( solo para empleados activos) | (solo para retirados con Complementaria) |

**** Médico Primario: Favor de escoger su Médico Primario:**

** Número del Grupo Médico seleccionado:

## DEPENDIENTES DIRECTOS (Refiérase a la Guía del Suscriptor para la definición de dependientes directos.)

| Suf | Parentesco | Añadir | Elimin. | Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial | Edad y Fecha de Nac. (M/D/A) | Sexo | Code | Indique si tiene otro plan, estudiante Universitario o Incapacitado. Incluya evidencia. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cónyuge | | | | años | | | |
| | | Médico Primario | | | / / | Seg. Social | | |
| | | | | | años | | | |
| | | Médico Primario | | | / / | Seg. Social | | |
| | | | | | años | | | |
| | | Médico Primario | | | / / | Seg. Social | | |
| | | | | | años | | | |
| | | Médico Primario | | | / / | Seg. Social | | |

## DEPENDIENTES OPCIONALES (Someter evidencia que cumpla con requisito de elegibilidad)

| Suf | Parentesco | Añadir | Elimin. | Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial | Edad y F. de Nac. (M/D/A) | Sexo | Code |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | Seguro Social | | HIC Number | / / | | |
| | | Fecha Parte A _____ / _____ / _____<br>Fecha Parte B _____ / _____ / _____ | | Dirección Residencial: | | | |
| | | Médico Primario | | Dirección Postal: | | | |

| Suf | Parentesco | Añadir | Elimin. | Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial | Edad y F. de Nac. (M/D/A) | Sexo | Code |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | Seguro Social | | HIC Number | / / | | |
| | | Fecha Parte A _____ / _____ / _____<br>Fecha Parte B _____ / _____ / _____ | | Dirección Residencial: | | | |
| | | Médico Primario | | Dirección Postal: | | | |

**CUBIERTA** (Será igual a la del Suscriptor Principal, excepto Medicare)

☐ Mayor o Menor de 65 años con A y/o B Medicare favor de escoger cubierta:
☐ Complementaria
☐ Dental
☐ Farmacia Metal
☐ Farmacia Alterna

☐ Mayor o Menor de 65 años con A y/o B Medicare favor de escoger cubierta:
☐ Complementaria
☐ Dental
☐ Farmacia Metal
☐ Farmacia Alterna

**PARTE A y/o B DE MEDICARE :** Si usted, y/o alguno de sus dependientes tiene medicare favor acompañar evidencia **Si** ☐ **No** ☐

## SEGURO DE VIDA: BENEFICIARIOS (total de porcientos tiene que sumar 100)

| | Añadir | Elimin. | Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial | Sexo | Code | F. de Nac. (M/D/A) | Parentesco | Porciento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

## COMPUTO DE PRIMA

**Suscriptor : Cubierta Básica / Complementaria $_____ + Farmacia_____ + Dental_____ + Vida / Vida & Cáncer_____ = $ _____**

**Dep. Opc. : Cubierta Básica / Complementaria $_____ + Farmacia_____ + Dental_____ = $ _____**

**Costo Total $ _____ - Aportación Patronal $_____ - Aportación Mancomunado $ _____ = Aportación Empleado $_____**

**Nombre Orientador** (letra de molde) y firma: _____ **Número**: _____

Certifico estar de acuerdo con las instrucciones al dorso de esta solicitud. **Nota:** Si el suscriptor firma con una X, deberá estar presente un Testigo

Firma del Suscriptor | Fecha

**Nombre del Testigo y/o Representante Legal X** _____ **Núm. Teléfono:** _____

**Firma del Testigo y/o Representante Legal X** _____ **Relación con el Suscriptor:** _____

Original - Blanca - Aseguradora | 1ra. Copia - Verde - Asegurado | 2da. Copia - Rosa - Agencia