

Sello/Ponche

SOLICITUD PARA EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL ELA 2017



No escriba en áreas sombreadas gris

 INGRESO NUEVO **RENOVACION** **ELA PURO**

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

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL

Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial

Sexo

Dirección Residencial:

Tel. Casa

Tel. Alternativo

Dirección Postal:

Celular

PATRONO

Empleados Activos			Pensionados		
Agencia o Municipio	División	Clasificación Empleado	<input type="checkbox"/>	Retiro Central	
		<input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/>	Retiro Maestro	
		<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Transitorio	<input type="checkbox"/>	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 **Solo para pensionados:** * De escoger una de estas dos opciones favor de indicar composición:
 Pareja Activo *Complementaria Medicare (individual) Matrimonio (ambos con Medicare A y/o B) Familiar (uno con Medicare A y/o B)
 Familiar Activo *Medicare Advantage (individual) Pareja (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
 ELA Bronce ELA PURO
 ELA Plata Metro Norte
 ELA Rubí Oeste
 ELA Diamante Cuidado Coordinado**
CUBIERTAS OPCIONALES
 Seguro de Vida Dental
 Seguro de Vida & Cáncer Farmacia Metal
 (solo para empleados activos) Farmacia Alternativa
 (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

DEPENDIENTES OPCIONALES (Someter evidencia que cumpla con requisito de elegibilidad)**CUBIERTA** (Será igual a la del Suscriptor Principal, excepto Medicare)

Suf	Parentesco	Añadir	Elimin.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Edad y F. de Nac. (M/D/A)	Sexo	Code	Indique si tiene otro plan, estudiante Universitario o Incapacitado. Incluya evidencia.
					/ /			<input type="checkbox"/> Mayor o Menor de 65 años con A y/o B Medicare favor de escoger cubierta: <input type="checkbox"/> Complementaria <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia Metal <input type="checkbox"/> Farmacia Alternativa
				Seguro Social	HIC Number			
				Fecha Parte A _____ / _____ / _____ Fecha Parte B _____ / _____ / _____	Dirección Residencial:			
				Médico Primario	Dirección Postal:			

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 porcentos 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: _____

Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones CEE-SA-16-12280

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