

Sello/Ponche

# SOLICITUD PARA EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL ELA 2018



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"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Transitorio	<input type="checkbox"/> Retiro Central <input type="checkbox"/> Retiro Maestro <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)**

<input type="checkbox"/> Individual Activo <input type="checkbox"/> Pareja Activo <input type="checkbox"/> Familiar Activo	<b>Solo para pensionados:</b> <input type="checkbox"/> *Complementaria Medicare (individual) <input type="checkbox"/> *Medicare Advantage (individual)	* De escoger una de estas dos opciones favor de indicar composición: <input type="checkbox"/> Matrimonio (ambos con Medicare A y/o B) <input type="checkbox"/> Pareja (uno con Medicare A y/o B)	<input type="checkbox"/> Familiar (uno con Medicare A y/o B) <input type="checkbox"/> 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**

<input type="checkbox"/> ELA Bronce <input type="checkbox"/> ELA Plata <input type="checkbox"/> ELA Rubí <input type="checkbox"/> ELA Diamante Cuidado Coordinado**	<b>ELA PURO</b> <input type="checkbox"/> Metro Norte <input type="checkbox"/> Oeste	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Seguro de Vida & Cáncer (solo para empleados activos)
--	---	--

**CUBIERTAS OPCIONALES**

<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia Metal <input type="checkbox"/> 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	Cubierto
					/ /			<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	Dirección Residencial:			
				Fecha Parte B	Dirección Postal:			
				Médico Primario				

**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 &amp; 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