

Sello/Ponche

# SOLICITUD PARA EMPLEADO Y PENSIONADO GUBERNAMENTAL 2019



No escriba en áreas sombreadas gris

 INGRESO NUEVO

 RENOVACIÓN

 ELA PURO

	SEGURO SOCIAL	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"/> Retiro Maestro	<input type="checkbox"/> Sin derecho Aport Patronal
		<input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Transitorio			

 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"/> Básica Universal <input type="checkbox"/> Básica Equilibrio <input type="checkbox"/> Complementaria <input type="checkbox"/> ELA PURO	Favor escoger su Médico Primario: _____ Número de Grupo Médico seleccionado: _____
---	---

### CUBIERTAS OPCIONALES

Solo para retirados con Complementaria <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia Individual	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Seguro de Vida & Cáncer (solo para empleados activos)
---	--

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

Parentesco	Añadir	Elimin.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Edad y Fecha de Nac. (M/D/A)	Sexo	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)

Parentesco	Añadir	Elimin.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Edad y F. de Nac. (M/D/A)	Sexo	CUBIERTA (Será igual a la del Suscriptor Principal, "excepto Medicare y cubierta de Farmacia Individual")
				/ /		<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 Individual
			Seguro Social	HIC Number	/ /	
			Fecha Parte A	/ /	Fecha Parte B	/ /
			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	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 Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Original - Blanca - Aseguradora

1ra. Copia - Verde - Asegurado

2da. Copia - Rosa - Agencia