

Sello/Ponche

SOLICITUD PARA EMPLEADO Y PENSIONADO GUBERNAMENTAL 2020



No escriba en áreas sombreadas gris

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> INGRESO NUEVO | <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN | <input type="checkbox"/> ELA PURO | | | |
| | SEGURO SOCIAL | Edad | F. de Nac. (M/D/A) | Estado Civil | |
| | - - - - - | | / / | | |
| NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL | | | | | |
| 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 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Transitorio | | |
| Está usted en TRAMITE de: <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Licencia sin Sueldo, fecha de que comenzó la misma: | | | | | |
| PENSIONADOS COMPLEMENTARIA MEDICARE (es requisito incluir copia de la tarjeta) | | | | | |
| BÁSICA: | COMPLEMENTARIA: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Complementaria <input type="checkbox"/> Modelo C <input type="checkbox"/> Modelo D <input type="checkbox"/> Medicare Advantage | | | | |
| <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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Indique cuál: | | | | | |
| PLAN MANCOMUNADO: Proveer formulario SC-1335 del Cónyuge para poder procesar. | | | | | |
| Nombre del Cónyuge | | Seg. Soc. del Cónyuge | | Agencia / Municipio del Cónyuge | |
| ALTERNATIVA | | | | | |
| CUBIERTAS OPCIONALES | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Básica Universal <input type="checkbox"/> Básica Equilibrio <input type="checkbox"/> Complementaria <input type="checkbox"/> ELA PURO | | Solo para retirados con Complementaria | | <input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Seguro de Vida & Cáncer (solo para empleados activos) | |
| Favor escoger su Médico Primario: _____ | | <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia Individual | | | |
| Número de Grupo Médico seleccionado: _____ | | | | | |
| 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 | |
| Cónyuge | | | | años | |
| | Médico Primario | | | / / Seg. Social | |
| | | | Fecha Parte A _____ / _____ / _____ Fecha Parte B _____ / _____ / _____ | 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 | |
| | | | Seguro Social HIC Number | / / | |
| | Fecha Parte A _____ / _____ / _____ | Fecha Parte B _____ / _____ / _____ | | | |
| | Médico Primario | | | | |
| | Médico Primario | | | | |
| Parentesco | Añadir | Elimin. | Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial | Edad y F. de Nac. (M/D/A) Sexo | |
| | | | Seguro Social HIC Number | / / | |
| | Fecha Parte A _____ / _____ / _____ | Fecha Parte B _____ / _____ / _____ | | | |
| | Médico Primario | | | | |
| | Médico Primario | | | | |
| PARTE A y/o B DE MEDICARE : Si usted, y/o alguno de sus dependientes tiene medicare favor acompañar evidencia | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| SEGURO DE VIDA: BENEFICIARIOS (total de porcentajes tiene que sumar 100) | | | | | |
| Añadir | Elimin. | Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial | Sexo | F. de Nac. (M/D/A) | |
| | | | | Parentesco Porcentaje | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| CÓMPUTO 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 Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | | | | | |