

Sello/Ponche

SOLICITUD PARA EMPLEADO Y PENSIONADO GUBERNAMENTAL 2020

TRIPLE-S

SALUD

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

Agencia o Municipio

División

Clasificación Empleado

☐ Estatal ☐ Municipal ☐ Otro ☐ Transitorio

Pensionados

☐ Retiro Central ☐ Retiro Maestro ☐ Sin derecho Aport Patronal

Está usted en TRAMITE de:

☐ Retiro ☐ Licencia sin Sueldo, fecha de que comenzó la misma:

PENSIONADOS COMPLEMENTARIA MEDICARE (es requisito incluir copia de la tarjeta)

BÁSICA:

☐ Individual ☐ Pareja ☐ Familiar

COMPLEMENTARIA:

☐ Complementaria ☐ Modelo C ☐ Modelo D ☐ Medicare Advantage ☐ 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

Agencia / Municipio del Cónyuge

ALTERNATIVA

☐ Básica Universal ☐ Básica Equilibrio ☐ Complementaria ☐ ELA PURO

Favor escoger su Médico Primario:

Número de Grupo Médico seleccionado:

CUBIERTAS OPCIONALES

Solo para retirados con Complementaria

☐ Dental ☐ Farmacia Individual

☐ Seguro de Vida ☐ 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	
			Fecha Parte A / Fecha Parte B			
				años		
			Médico Primario	/ /	Seg. Social	
				años		
				/ /	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")

☐ Complementaria ☐ Modelo C ☐ Modelo D

Cubiertas Opcionales:

☐ Dental ☐ Farmacia Individual

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")

☐ Complementaria ☐ Modelo C ☐ Modelo D

Cubiertas Opcionales:

☐ Dental ☐ Farmacia Individual

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

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.

Original - Blanca - Aseguradora

1ra. Copia - Verde - Asegurado

2da. Copia - Rosa - Agencia