

Sello/Ponche

SOLICITUD PARA EMPLEADO Y PENSIONADO GUBERNAMENTAL 2021



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. Alterno
--	--	--	--	---------------------

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: _____

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

BÁSICA:	COMPLEMENTARIA:		
<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Complementaria	<input type="checkbox"/> Matrimonio (ambos con Medicare A y/o B)	<input type="checkbox"/> Familiar (uno con Medicare A y/o B)
<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Modelo C <input type="checkbox"/> Modelo D	<input type="checkbox"/> Pareja (uno con Medicare A y/o B)	<input type="checkbox"/> Familiar (dos con Medicare A y/o B)
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Medicare Advantage		

¿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

<input type="checkbox"/> Básica Universal	<input type="checkbox"/> Básica Equilibrio	<input type="checkbox"/> Complementaria	Solo para retirados con Complementaria	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida
<input type="checkbox"/> ELA PURO	Favor escoger su Médico Primario: _____			<input type="checkbox"/> Dental
Número de Grupo Médico seleccionado: _____			<input type="checkbox"/> Farmacia Individual	<input type="checkbox"/> Seguro de Cáncer (solo para empleados activos)

CUBIERTAS OPCIONALES

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		
			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")
				(M/D/A)		<input type="checkbox"/> Complementaria
			Seguro Social	HIC Number	/ /	<input type="checkbox"/> Modelo C <input type="checkbox"/> Modelo D
			Fecha Parte A ____/____/____ Fecha Parte B ____/____/____			Cubiertas Opcionales:
			Médico Primario			<input type="checkbox"/> Dental
				(M/D/A)		<input type="checkbox"/> Farmacia Individual
			Seguro Social	HIC Number	/ /	<input type="checkbox"/> Complementaria
			Fecha Parte A ____/____/____ Fecha Parte B ____/____/____			<input type="checkbox"/> Modelo C <input type="checkbox"/> Modelo D
			Médico Primario			Cubiertas Opcionales:
				(M/D/A)		<input type="checkbox"/> Dental
			Seguro Social	HIC Number	/ /	<input type="checkbox"/> Farmacia Individual
			Fecha Parte A ____/____/____ Fecha Parte B ____/____/____			<input type="checkbox"/> Complementaria
			Médico Primario			<input type="checkbox"/> Modelo C <input type="checkbox"/> Modelo D

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	Porcentaje

CÓMPUTO DE PRIMA

Suscriptor : Cubierta Básica / Complementaria \$ _____ + Farmacia _____ + Dental _____ + 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