

- Adm. Rehabilitación Vocacional Local 3251
- Alianza Correccional Unida Local 3500
- Negociado de Transporte y Otros servicios Públicos (NTSP) Local 3897
- Daco - Local 3986
- Dept. Fam. Unidad A Local 3227
- Dept. Fam. Unidad B Local 3234
- Dept. Rec. Naturales y Ambientales Unidad A - Local 2082
- Dept. Rec. Naturales y Ambientales Unidad B - Local 3647
- Junta de Libertad bajo Palabra, Local 3584
- Instituto de Ciencias Forenses Local 2099
- Negociado de Instituciones Juveniles Local 3559
- Programa de Servicio con Antelación al Juicio - Local 3573

PO Box 192179 San Juan PR, 00919-2179

Red de Proveedores **INTERNATIONAL MEDICAL CARD**

### SOLICITUD PLAN MEDICO • 2021

INGRESO NUEVO                       RE-INGRESO                       RENOVACIÓN

SEGURO SOCIAL	CÓDIGO	EDAD	Fecha de Nacimiento(m/d/a)	Estado Civil	SEXO
-			/ /		

#### NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL

Apellido Paterno/ Apellido Materno/ Nombre / Inicial	Tel. Casa
Dirección Postal	Tel. Alternativo
Dirección Residencial	Celular

#### ASOCIACIÓN                      PLAN

AGENCIA	REGIÓN	PLAN
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Pareja

Está usted en trámite de:     Retiro, Indique fecha:                       Licencia sin sueldo, Indique fecha de comienzo:

#### PLAN (Si tiene Medicare es requisito incluir copia de la tarjeta)

¿Tiene usted otro seguro médico? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO    Indique cuál:				<b>Para uso de oficina solamente</b>	
PLAN MANCOMUNADO Si aplica favor de completar información sobre el cónyuge: incluir forma SC-1335					
Agencia del Cónyuge	División	Seg. Soc. del Cónyuge	# de Cuenta		
Nombre del Cónyuge	Fecha de Nac. (M/D/A)	Pueblo de Trabajo	Plan                      B/Package		

#### CUBIERTA BÁSICA                      CUBIERTA OPCIONAL

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Cubierta Classic</b><br>Básica (Classic), Farmacia (F-12), Dental (D07UM), Visión (Platino II), Asistencia en la Carretera (Redbridge), Asistencia al Viajero (Redbridge), Beneficio Funeral (Redbridge/ Multinational) y Asistencia en el Hogar (Redbridge) | <input type="checkbox"/> <b>Cubierta Classic II</b><br>Básica (Classic), Farmacia (F-12), Dental (D07UM), Visión (Platino II), Asistencia en la Carretera (Redbridge), Asistencia al Viajero (Redbridge), Beneficio Funeral (Redbridge/ Multinational) y Asistencia en el Hogar (Redbridge) | <input type="checkbox"/> <b>Cubierta Única</b><br>Básica (Única), Farmacia (F-12), Dental (D07UM), Visión (Platino II), Gastos Médicos Mayores (MM-1) Seguro de Vida (Multinational Life Insurance), Asistencia al Viajero (Redbridge), Beneficio Funeral (Redbridge/ Multinational) y Asistencia en el Hogar (Redbridge) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- Gastos Médicos Mayores (MM-1)  
 Seguro de Vida (Multinational Life Insurance)

#### DEPENDIENTES DIRECTOS (Refierase a la sección de instrucciones al dorso de esta hoja para la definición de dependientes directos)

Suf	Parentesco	Añadir	Eliminar	Apellido Paterno/ Apellido Materno/ Nombre / Inicial	Edad	Fecha de Nac. (m/d/a)	Sexo	Code	Indique si tien otro plan, Estudiante Universitario o Incapacitado. Incluya evidencia.
	Cónyuge					/ /			
						/ /			
						/ /			
						/ /			

#### SEGURO DE VIDA: BENEFICIARIOS (total de porcentos tiene que sumar 100)

Añadir	Eliminar	Apellido Paterno/ Apellido Materno/ Nombre / Inicial	Sexo	Code	Fecha de Nac. (m/d/a)	Parentesco	Porciento

#### CÓMPUTO DE PRIMA                      Para uso de oficina solamente

Cubierta Básica + Farmacia + Dental + Visión (Platino II) = \$ \_\_\_\_\_ + Mayor Medical \$ \_\_\_\_\_ + Seguro de Vida \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

\*Todas las Cubiertas incluyen Asistencia a la Carretera (Redbridge), Asistencia al Viajero (Redbridge), Asistencia en el hogar (Redbridge) y Beneficios Funeral (Multinational/ Redbridge).

Costo Total \$ \_\_\_\_\_ - Aportación Patronal \$ \_\_\_\_\_ - Aportación Mancomunado \$ \_\_\_\_\_ = Aportación Empleado \$ \_\_\_\_\_

Nombre Representante Autorizado (letra de molde) y firma: \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Firma del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nota: Si el suscriptor firma con una X, deberá estar presente un Testigo

Nombre del Testigo y/o representante Legal X \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo y/o representante Legal X \_\_\_\_\_ Relación con el Suscriptor \_\_\_\_\_