



FORMA DE APLICACION

INFORMACIÓN DE EMPLEADO

Apellido			Nombre			Medio			Número De Seguro		
Mes	Fecha Empleado A tiempo completo		SEXO/A (M/F)	Mes	Fecha de nacimiento		año	Estatus De Matrimonio		las horas trabajaron semanalmente	Sueldo Anual
	Dia	año			Me	Di		año	<input type="checkbox"/> Soltero		
Domicilio			Ciudad			Estado			Código Postal		
Empleado/a				Ocupación				Teléfono			
Médico Primario Del Cuidado						Ciudad			Estado		

ESTATUS DE LA COBERTURA CONTROLE CLARAMENTE QUÉ COBERTURAS USTED ESTÁ ELIGIENDO LISTA SOLAMENTE ESOS DEPENDIENTES QUE SE CUBRIRÁN

Nota: Usted puede seleccionar solamente la cobertura de dependientes para las opciones para las cuales usted elige converge del empleado

EMPLEADO			Visión	Dental	Médico	
ESPOSO/A			SEXO/A (M/F)	Fecha de nacimiento		Médico
Apellido	Nombre	Medio	Me	Di	año	Médico
Niño Dependiente(s)			SEXO/A (M/F)	Fecha de nacimiento		Médico
Apellido	Nombre	Medio	Me	Di	año	Médico

CERTIFICADOS DE LA COBERTURA ANTERIOR

¿Tuvieron usted o sus dependientes otra cobertura de seguro antes de este Aplicación? Sí No. Usted (y su familia) estará sujeto a una exclusión de condición preexistente a menos que puede estar establecida que usted (y su familia) haya estado cubrido por otra cobertura de seguros para menos de 12 meses y no ha experimentado una "época sin cobertura" de 63 o más días. Para establecer este antes de cobertura. Por favor sujeta esta forma si usted no ha recibido un Certificación de cubrido anterior. Si usted no ah recibido un certificado, debería solicitar de tu seguro de antes y mandar le a Benicomp pronto. También tienes la oportunidad de demostrar crédito de cobertura por enseñando otro fecha de relevancia (por enseñando receta de pago, forma de EOB, etc.)

LA OTRA COBERTURA MÉDICO

¿ES OTRO REPORTAJE MÉDICO PROVISTO PARA CUALQUIER MIEMBRO de la FAMILIA?
(Si "SÍ" el MIEMBRO de la FAMILIA de la LISTA Y el TIPO DE REPORTAJE)

Sí No

Nombre del miembro de la familia	Tipo de cobertura	Nombre De la Compañía De Seguros

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Apellido	Nombre	Medio	Relación	
Domicilio			Ciudad	Código postal
			Estado	

FIRMA

FECHA

(por favor completo)

DECLINACIÓN DE LA COBERTURA

NOTA: Usted debe terminar esta sección si usted declina la cobertura para usted (si es soltero) o declina cobertura de la familia (si está casado) Por este medio admito que he rechazado el reportaje para mi mismo y mi familia (si aplicable) porque yo, mi, nosotros estamos cubierto bajo el siguiente plan

Nombre del miembro de la familia	Nombre del asegurador o del patrón	Entidad a la cual se someten las demandas

Si usted rechaza el enrolamiento para usted mismo o sus dependientes (incluyendo a su esposo) por otro reportaje de seguro médico, entonces usted en el futuro, si usted tiene a un dependiente nuevo como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o la colocación para la adopción, usted puede enrolar a usted mismo y sus dependientes, con tal que usted demanda enrolamiento dentro de treinta (30) días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción. Sin embargo, si usted no puede revelar cualquier otro seguro médico que usted actualmente tiene, entonces usted (y su familia) no puede ser elegible para enrolar cuando ese reportaje es terminado.

FIRMA

FECHA