



# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL DEPENDIENTE

Por favor llene uno de estos formularios para CADA uno de los dependientes que desea inscribir. Devuelva todos los formularios. Use tinta negra o azul. Para resultados óptimos, por favor use letra de imprenta mayúscula y evite tocar el borde de los casilleros. Cuando vea una opción de más de un casillero, por favor ponga una x en el casillero que mejor aplique. Haga el favor de usar fechas así: Mes/Día/Año

**MARQUE EL CUADRO QUE APLIQUE:**

- DEPENDIENTE NUEVO     CAMBIO

## SE DEBE LLENAR UNA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN POR CADA APLICANTE

NÚMERO DE GRUPO (SI APLICA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO O MIEMBRO

				-				-				
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

NOMBRE DE PILA DEL EMPLEADO O MIEMBRO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INICIAL    APELLIDO DEL EMPLEADO O MIEMBRO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE DE PILA DEL DEPENDIENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INICIAL    APELLIDO DEL DEPENDIENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SUFIJO (Sr, Jr, etc.)

--	--	--	--

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL DEPENDIENTE

				-				-				
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

GÉNERO

MASCULINO

PARENTESCO

CÓNYUGE

HIJO(A)

OTRO (ESPECIFIQUE):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FEMENINO

Si está agregando un cónyuge, especifique la fecha de matrimonio:

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

### INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD

APELLIDO DEL MÉDICO PRIMARIO DEL DEPENDIENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE DE PILA DEL MÉDICO PRIMARIO DEL DEPENDIENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TIPO DE COBERTURA ANTERIOR

SEGURO PRIVADO

MEDI-CAL

MEDICARE

NINGUNO / SIN SEGURO

OTRO

NOMBRE DE LA COBERTURA DE SALUD ANTERIOR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA INICIAL DE LA COBERTURA ANTERIOR

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

FECHA EN QUE TERMINÓ LA COBERTURA ANTERIOR

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

### INFORMACIÓN DEL PLAN DENTAL (SI APLICA)

APELLIDO DEL DENTISTA DEL DEPENDIENTE (se requiere en planes dentales pre-pagados)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE DE PILA DEL DENTISTA DEL DEPENDIENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE DEL PLAN DENTAL ANTERIOR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA INICIAL DEL SEGURO ANTERIOR

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

FECHA EN QUE TERMINÓ EL SEGURO ANTERIOR

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**POR FAVOR COMPLETE LA PÁGINA DE LA FIRMA**



