

# MULTITECH MECHANICAL SUPPORT

## Formulario de inscripcion al seguro medico

Nombre Empleado: \_\_\_\_\_ N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip Code: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono (casa/cel.): \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de Trabajo: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F

Estado Civil: Soltero  Casado  Divorciado  Separado

### Informacion de dependientes

Complete la siguiente informacion por cada dependiente que desee incibir.

	Nombre apellido	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	SSN
Conyuge				
hijo/a				
hijo/a				
hijo/a				
hijo/a				
hijo/a				
Otro.				

Eleccion de Seguro Medico: Plan Basico  Plan Alto

Beneficiario Seguro de Vida: Nombre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

### Seccion de Autorizacion

Con mi firma autorizo a mi empleador a **INSCRIBIRME** en la cobertura elegida. Autorizo que me deduzca la prima de seguro correspondiente de mi cheque. Entiendo que no podre hacer cambios a esta eleccion a menos que suceda in cambio en familia como lo define el IRS. Tambien entiendo que si sucede un cambio en mi familia debo notificar y mi Empleador en los siguientes 30 dias a ese cambio

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escojo **NO INSCRIBIRME** en el seguro por: Costo  Otro Seguro

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_