

MULTITECH MECHANICAL SUPPORT
 Formulario de inscripcion al seguro medico
 2020-2021

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: _____