

C.V.		
------	--	--

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

SOLICITUD DE INGRESO GRUPAL

INFORMACIÓN DEL SOCIO PRINCIPAL				Edad	Sexo	Fecha de Efectividad		
INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR						Mes	Día	Año
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Estado Civil		Fecha de Nacimiento			
				<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	Mes	Día	Año	
Urbanización o Barrio	Tel. Residencia			¿TIENE ALGÚN OTRO PLAN MÉDICO?				
Número	Calle	Tel. Empleo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Pueblo	Estado	Zip Code	Extensión		Plan: _____			
Patrono	División o Departamento			COMPañIA				
Cubierta seleccionada libre selección	Correo Electrónico:			<input type="checkbox"/> Major Medical <input type="checkbox"/> Medicinas <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Otros				
Indique el contrato seleccionado		<input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Premium						
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Premium Excel						

INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES DIRECTOS

Dependientes	Mes	Día	Año	Edad	ESTADO CIVIL	Sexo	Parentesco	¿Qué Otro Plan Médico Tiene?

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Cubierta Básica	\$
Medicinas	\$
Major Medical	\$

Dental	\$
Visión	\$
Vida	\$
Otros:	\$

Fecha

Firma del Patrono

Nombre

Firma del Empleado