



Envíe esta Solicitud a:  
P.O. Box 191580  
San Juan, PR 00919-1580

ESTE ESPACIO ES PARA USO DE LA OFICINA

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

NÚM. SEGURO SOCIAL

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

## 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		
						<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero		
Urbanización o Barrio (Dirección Postal)				Tel. Residencia				
Número		Calle		Tel. Empleo				
Pueblo		Estado		Zip Code		Extensión		
Patrono				División o Departamento				
Cubierta seleccionada				Correo Electrónico:				
<input type="checkbox"/> ASEC 1 <input type="checkbox"/> ASEC 2 <input type="checkbox"/> ASEC 3								
Indique el contrato seleccionado				<input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Premium <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Premium Excel				
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otra								
						<b>Fecha de Nacimiento</b> Mes   Día   Año		
						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
						Plan: _____		
						<b>COMPañIA</b> <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		

## INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES DIRECTOS

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

## INSTRUCCIONES GENERALES

1. Use letra de molde.
2. Informe su número de seguro social según aparece registrado en su talonario de nómina. Si usted cobra por un número diferente a su seguro social indique el número por el que cobra.
3. Escriba claramente su nombre y dirección postal completa incluyendo el código de área de diez (10) dígitos si aplica.
4. Es necesario que informe los dos apellidos y la fecha de nacimiento de todos los dependientes a suscribirse al plan.
5. Dependientes hasta 26 años son elegibles.
6. Hijos por adopción deberán someter evidencia del tribunal.
7. Indique en el encajillado de comentarios en la sección de dependientes si su hijo es incapacitado. Incluya evidencia de su incapacidad.

CUBIERTA OPCIONAL DE SEGURO DE VIDA \$4.00												
NOMBRE	INICIAL	APELLIDOS				PATRONO						
FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	EDAD	SEXO		NÚM. SEGURO SOCIAL					
					M	F						
BENEFICIARIOS						PARENTESCO	PORCENTAJE(%)	FECHA DE NACIMIENTO				

Solicito la cubierta a que sea o advenga elegible bajo la póliza grupal de Seguro de Vida emitida a First Medical Health Plan, Inc., por la compañía aseguradora y autorizo a mi patrono a deducir de mi salario la cantidad necesaria para sufragar la prima de mi cubierta y remitirla a FMHP como grupo colector de primas junto con las cuotas de mi plan médico. Certifico que actualmente estoy trabajando a tiempo completo.

### Certificación y Autorización para Descuento de Nóminas

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo a cualquier entidad o persona que posea información médica sobre mí o mis dependientes elegibles que guarde relación con mi Plan de Salud, a que la suministre a First Medical Health Plan cuando así lo soliciten. Me comprometo a responder por los costos incurridos por FMHP a consecuencia de cualquier uso indebido de esta cubierta en o después del periodo de vigencia de la misma. En caso de que mi patrono no realice el descuento correspondiente a mi plan, me hago responsable de pagar la tarifa directamente a FMHP.

Autorizo a mi patrono que deduzca de mi salario aquellas cantidades que ahora o más adelante deba yo pagar para el plan de First Medical Health Plan, Inc.

Certifico que he leído y estoy de acuerdo con toda la información aquí contenida por lo que firmo esta solicitud de ingreso a FMHP.

Aviso: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años; o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

Al completar esta solicitud de afiliación, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Al afiliarme a este plan de salud, debo de cumplir con el pago de las primas correspondientes dentro de los términos acordados y exigidos por el plan de salud. Además, entiendo que si no realizo los pagos de primas correspondientes, tendré un periodo de gracia de 30 días, durante el cual tengo la obligación de cubrir toda y/o cualquier prima en atraso incluyendo dicho mes. De no cubrir cualquier pago de prima pendiente dentro de este término, seré desafiliado del plan a la fecha de vencimiento del periodo de gracia y reconozco que First Medical Health Plan, Inc. no será responsable por el pago de reclamaciones incurridas de servicios médico-hospitalarios y de farmacia luego de la fecha de cancelación y será parte de mi responsabilidad como asegurado.

**Reconozco que este formulario de Inscripción/Cambio contiene información confidencial y privilegiada, la cual ha sido suministrada de forma libre y voluntaria.**

**La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. Autorizo al Plan a que remita información confidencial y privilegiada al correo electrónico provisto. La distribución o divulgación de dicha información a terceros sin previa autorización está totalmente prohibida.**

**Autorizo al Plan a recopilar, usar o divulgar información protegida para propósitos de mercadeo de bienes o servicios o para cualquier beneficio comercial de otro tipo. Además, autorizo a recibir en mi correo electrónico o mi celular mensajes promocionando servicios existentes o nuevos del Plan. Esta autorización estará vigente por un término de 24 meses y podrá revocarse por escrito en cualquier momento. El no firmar esta autorización no afectará los beneficios de mi cubierta.**

Firma \_\_\_\_\_

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

### Autorización para Débito Directo

(Favor de completar en letra de molde)

Nombre Suscriptor Principal: \_\_\_\_\_

Núm. de Contrato o Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Efectividad: \_\_\_\_\_

Autorizo a First Medical Health Plan, Inc., a debitar de mi institución bancaria la cantidad abajo mencionada para el pago de la prima mensual de mi plan de salud.

\*Cuenta a Nombre de: \_\_\_\_\_

Nombre de la Institución Bancaria: \_\_\_\_\_

Número de Ruta y Tránsito: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta:      \*\*  Cheque      \*\*\*  Ahorros      Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

Fecha en que se le realizará el débito:

Los días 7 de cada mes                       Los días 15 de cada mes

Esta autorización permanecerá en efecto hasta tanto First Medical Health Plan, Inc., reciba notificación escrita de mi parte con diez (10) días de anticipación a la fecha que deseo dejar sin efecto el Débito Directo, de tal manera que permita a First Medical Health Plan, Inc., y a mi institución tiempo razonable para poder hacer los ajustes necesarios, según solicitados.

Entiendo que First Medical Health, Plan. Inc., se reserva el derecho de finalizar esta forma de pago y mi participación en el plan, si al momento de realizar el débito a mi institución bancaria, la cuenta no tiene fondos suficientes. **Toda transacción devuelta por mi institución bancaria conllevará un cargo de \$10.00.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Suscriptor Principal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de Autorización

\* Si la cuenta de banco no está a nombre del suscriptor principal, se deberá incluir carta de autorización del poseedor de la cuenta.

\*\* Si su cuenta es de **Cheques**, favor de incluir un cheque “nulo” de su institución bancaria junto a esta autorización firmada. En caso de no tener chequera, debe hacer entrega de una certificación de su institución bancaria.

\*\*\* Si su cuenta es de **Ahorros** debe hacer entrega de una certificación de su Institución Bancaria.



**CERTIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN  
APLICACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA  
ASOCIACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA COMERCIANTES (ASEC)**

Por la presente certifico que he sido orientado sobre la cubierta de beneficios cubiertos bajo el producto **Asociación de Servicios Especializados para Comerciantes (ASEC)**.

En dicha orientación se estableció que bajo la cubierta a través de First Medical – Asociación de Servicios Especializados para Comerciantes (ASEC) se aplicarán los siguientes periodos de espera en los servicios cubiertos dentro de su cubierta de beneficios y para casos catalogados de emergencia no aplicarían periodos de espera.

Periodos de Espera	
Visitas Médicas / Farmacia / Dental	30 días
Cirugías Electivas	90 días
Maternidad	90 días
Estudios Especializados	90 días
Enfermedades Congénitas y Pre-Existentes	90 días
Servicios de Emergencias	No tiene Periodos de Espera

Periodos de Espera aplican si no se presenta evidencia de plan médico anterior que especifique un periodo mínimo de 18 meses cubierto por este y la fecha de cancelacion no exceda los 60 días al aplicar con First Medical Plan, Inc.

FECHA

FECHA

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FIRMA DEL SUSCRIPTOR

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

**A quien pueda interesar:**

**Quiero por este medio reconocer a Medicalink, Corp. como la Agencia General de seguros para mi cubierta médico-hospitalaria, sin limitarse a gestiones en el futuro de negociar cubierta y/o beneficios que pudieran surgir con las compañías de seguros en mi beneficio.**

**Igualmente autorizo, en cumplimiento a la ley HIPAA, que se le entregue a Medicalink, Corp. cualquier información médica mía que pueda ésta necesitar, a raíz de una investigación solicitada por mí.**

**Sin otro particular quedo**

**Atentamente,**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Asegurado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma Asegurado**

\_\_\_\_\_  
**Plan Médico**

\_\_\_\_\_  
**Número de Seguro Social**

\_\_\_\_\_  
**Cubierta**

\_\_\_\_\_  
**Correo Electrónico**