

Solo puede recibir servicios en Tijuana



Para inscribirse por favor complete
este solicitud y el cuestionario atras

PLAN MEDICO UNICAMENTE

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|-------------------------------|
| APELLIDO | | NOMBRE | | NUMERO DE SEGURO SOCIAL | |
| DOMICILIO | | CIUDAD | | ESTADO ZONA POSTAL | |
| TELEFONO (CASA O MENSAJE) () | | FECHA DE NACIMIENTO MM : DD / AA / / | | <input type="checkbox"/> SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEXO FEMENINO <input type="checkbox"/> CASADO | |
| NOMBRE DE LA EMPRESA UDW/AFSCME Local 3930 (426) | | | IDIOMA DE PREFERENCIA | | <input type="checkbox"/> OTRO |
| LUGAR DE EMPLEO DE SU ESPOSA(O) No Aplicable | | | DIRECCION No Aplicable | | TELEFONO |
| SEGURO SOCIAL DE SU ESPOSA(O) No Aplicable | | | PLAN MEDICO AL QUE PERTENECE (ESPOSA/O) No Aplicable | | |

LISTA DE DEPENDIENTES Unicamente esposa (o) e hijos
Se solicitará documentación oficial como: Actas de nacimiento y matrimonio.

| | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Al solicitar afiliación como miembro de Sistemas Médicos Nacionales, S. A. para mi y miembros de mi familia que sean elegibles, acepto lo siguiente:

- 1.- Todos servicios de rutina debe ser proporcionados por los proveedores de Simnsa únicamente, excepto emergencias que pongan en riesgo la vida del paciente.
- 2.- No deben prestar su tarjeta de membresía a personas no cubiertas por este Plan, porque haciéndolo quedará sujeto a cancelación inmediata y cargos penales.
- 3.- Estoy de acuerdo que Sistemas Médicos Nacionales, S. A. obtenga información médica acerca de las personas que se incluyen en esta solicitud para fines administrativos.
- 4.- Certifico que la información de esta solicitud es verídica y correcta y que entiendo perfectamente los beneficios y reglamentos de este Plan de salud.
- 5.- Este Plan usa el arbitraje atado exclusivamente para asentar toda disputa que surja bajo este Acuerdo. Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia si en caso de que algún servicio médico rendido bajo este contrato sea innecesario, no autorizado, inapropiado, negligente o incompetentemente rendido, será determinado por la sumisión al arbitraje como es proporcionado por la ley de California, y no por un pleito o un proceso tribunal excepto como la ley de California estipula para la revisión judicial de actos de arbitraje. Ambos partidos al aceptar este contrato rinde su derecho constitucional para tener cualquier disputa decidida en un tribunal de la ley ante un jurado, y en lugar aceptar el uso del arbitraje. Para más información favor de referirse a su Constancia de Cobertura y Elegibilidad (CCE).

HR please fill in for Plan

Effective Date: _____

New Hire Hire Date: _____

Re-Hire Re-Hire Date: _____

FECHA

FIRMA

↑↑ Firme Aqui ↑↑



United Domestic Workers of America
AFSCME Local 3930 /AFL-CIO

SAN DIEGO MEDICAL INSURANCE QUESTIONNAIRE
(This form must be returned with your enrollment forms to be enrolled)

YOUR NAME (as if appears on your state payroll check):

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____

AUTHORIZED HOURS PER MONTH FOR ALL CLIENTS: _____

DATE OF HIRE FOR FIRST CLIENT: _____

SIGNATURE: _____

PLEASE CHECK ALL OF THE FOLLOWING (if they apply):

- I am currently working a minimum of 80 hours per month and I understand that I must maintain minimum working hours of 80 paid hours per month to remain eligible for medical insurance

- I understand and agree to pay through payroll deduction or by invoice a \$5.00 monthly premium co-pay for my medical insurance and failure to do so will result in losing medical benefits. You will be canceled from the medical benefits if you have one un-paid invoice for more than 30 days.

Please note: If your hours drop below 80 hours worked per month because of your illness or your client is hospitalized, etc., please let us know immediately. Call our San Diego County Trust Administration office at (800)-883-0902 – Walker Insurance Solutions, LLC.

RETURN THIS QUESTIONNAIRE AND THE MEDICAL ENROLLMENT FORM IN THE SELF ADDRESSED ENVELOPE ASAP.