



P.O. Box 191580  
San Juan, PR 00919-1580

RED DE PROVEEDORES  
**IMC** INTERNATIONAL MEDICAL CARD

**SOLICITUD DE INGRESO  
LEY #70**

SEGURO SOCIAL

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

ESTE ESPACIO ES PARA USO OFICIAL

C.V.		
Fecha de Efectividad		
Mes	Día	Año

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR				Edad	Sexo	Fecha de Nacimiento		
						Mes	Día	Año
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Estado Civil		¿TIENE ALGÚN OTRO PLAN MÉDICO?			
Urbanización o Barrio		Tel. Residencia			<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Plan: _____			
Número	Calle	Celular						
Pueblo	Estado	Zip Code						
Agencia Actual		División o Departamento en la Agencia Actual						

Indique el contrato seleccionado

- Individual  
  Pareja  
  Familiar  
  Otra

**INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES DIRECTOS**

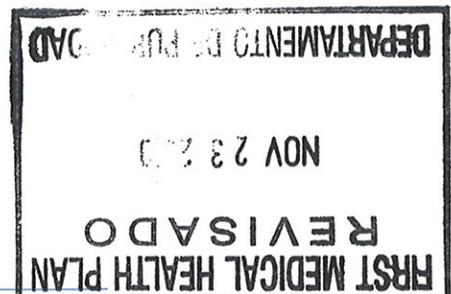
Dependientes	Fecha de nacimiento			Edad	ESTADO CIVIL	Sexo	Parentesco	¿Qué Otro Plan Médico Tiene?
	Mes	Día	Año					

*Dependientes Opcionales / El costo de dependientes opcionales es 100% responsabilidad del suscriptor principal. \**


\*Se considera dependiente opcional a madre y/o padre que estén en la cubierta vigente.

**Dependientes Opcionales**

Menor de 65 años \$340 Mensual  
Mayor de 65 años sin la Parte A y B de Medicare \$406 Mensual



Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## 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 los 26 años son elegibles.
6. Hijos por adopción deberán someter evidencia del tribunal.
7. Indique en el encasillado de comentarios en la sección de dependientes si su hijo es incapacitado. Incluya evidencia de su incapacidad.
8. Debe someter evidencia de elegibilidad para sus dependientes. De no tener disponible el certificado de nacimiento o matrimonio, puede someter copia de la tarjeta del plan médico actual.

## CERTIFICACIÓN

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.

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."*

Fecha

Firma

