FORMA DE INSCRIPCION

SIMNSA health plan

COBRA ☐

PLAN MEDICO UNICAMENTE ☐

PLAN DENTAL Y MEDICO ☐

APELLIDO	NOMBRE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL

DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL

TELEFONO (CASA O MENSAJE)	FECHA DE NACIMIENTO MM / DD / AA		
( )	/ /	☐ SEXO MASCULINO	☐ SOLTERO
		☐ SEXO FEMENINO	☐ CASADO

CORREO ELECTRONICO	ACEPTO RECIBIR INFORMACION POR CORREO ELECTRONICO ☐ SI ☐ NO
NOMBRE DE LA EMPRESA	IDIOMA DE PREFERENCIA ☐ INGLES ☐ ESPAÑOL ☐ OTRO _____

Lista de Dependientes: Únicamente dependientes elegibles incluyendo esposa (o) e hijos

Se solicita documentación oficial como: Actas de nacimiento, matrimonio y documentación legal para beneficiarios menores de 26 años.

APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NAC MES DIA AÑO	SEGURO SOCIAL	N/A	HIJOS (A)	ESPOSA (O)	PLAN MÉDICO	PLAN MÉDICO Y DENTAL	PLAN DENTAL
				☐	☐	☐			
				☐	☐	☐			
				☐	☐	☐			
				☐	☐	☐			
				☐	☐	☐			
				☐	☐	☐			
				☐	☐	☐			
				☐	☐	☐			

Al solicitar afiliación como miembro de Sistemas Medicos Nacionales, S.A. de C.V. (SIMNSA) para mi y miembros de mi familia que sean elegibles, acepto lo siguiente:

1 .Todos los servícios deben ser proporcíonados exclusívamente por los proveedores de SIMNSA, salvo emergéncias (como explicado en los documentos de membresía).

2. No deben de prestar su tarjeta de membresía a cualquier otra persona, por la cual quedará sujeto a cancelación inmediata y cargos penales.

3. Estoy de acuerdo que SIMNSA obtendrá información médica acerca las personas que se incluyen en esta solicitud con el fin de administrar el Plan.

4. Certifico que la informacion que incluyo en esta solicitud es veridica y correcta y que comprendo 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 médica en caso de que algún servicio médico otorgado en California bajo este contrato era innecesario, no autorizado, inapropiado, negligente o incompetentemente otorgado, 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 jurídica de actos de arbitraje. Cualquier disputa que surja de servicios otorgados en México, la ley mexicana prevé revisión judicial de procedimientos arbitrales. Ambos partidos al aceptar este contrato renuncian a su derecho constitucional para tener cualquier disputa decidida en un tribunal de la ley ante un jurado, en lugar aceptan el uso de 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