



FORMA DE INSCRIPCION

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		/ /	
NOMBRE DE LA EMPRESA		IDIOMA DE PREFERENCIA		OTRO	
Imperial UDWA (#520)		<input type="checkbox"/> SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> SEXO FEMENINO		<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO	
		<input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPAÑOL			

Autorización de deducción de beneficios En el caso de que suspendan las deducciones de nómina de sueldos, yo autorizo al procesador externo de UDW iniciar una transferencia de fondos automática y recurrente mensualmente con mi institución financiera a la que mi empleador deposita mi pago en una cantidad igual a la prima de co-contribución mensual que se me exige pagar para permanecer inscrito/a en el plan de beneficios de salud y bienestar que he seleccionado. Mi prima de co-contribución actual es de \$20 por mes, no obstante, esta cantidad puede cambiar a cualquier momento, Si eso sucede, esta autorización seguirá vigente por cualquier dicha cantidad. Yo entiendo que este servicio está disponible para mí resultado a mi membresía de UDW, si debo dejar de ser miembro de UDW no recibiré este servicio y las deducciones y pagos automáticos de mis primas se suspenderán. También autorizo el ajuste de entradas para corregir errores. Yo estoy de acuerdo que los retiros y los ajustes a mi cuenta de cheques o de ahorros se pueden realizar de manera electrónica y bajo las reglas de la National Automated Clearing House Association. Mi tarjeta de membresía de UDW autoriza a mi Controlador/Empleador proporcionar al procesador de pagos de UDW la información de mi cuenta bancaria, a la que también se aplicará la autorización para el pago de mis primas de Salud y Bienestar. Yo entiendo que esta autorización no es una indicación o garantía de inscripción o elegibilidad en el plan. También entiendo que es mi responsabilidad garantizar que las primas de co-contribución se recauden al plan de manera oportuna, y que haya fondos suficientes disponibles en mi cuenta para procesar el pago de las primas bajo esta autorización, y asegurar que la información de mi cuenta permanezca actualizada y precisa.

Firma aqui →

Firma #1 (se requiere segunda firma abajo) Fecha

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 servicios deben ser proporcionados exclusivamente por los proveedores de SIMNSA, salvo emergencias (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 verdadera 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: _____

Firma Aqui →

FECHA

FIRMA #2