



PO Box 195489
San Juan, PR 00919-5489

HEALTH PLAN, INC.



NEGOCIADO DE LA POLICIA DE PUERTO RICO

Solicitud de Ingreso Ley #16 2025

ESTE ESPACIO ES PARA USO OFICIAL

Seguro Social

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

C.V.

--	--	--

Fecha de Efectividad

Mes	Día	Año

Renovación con cambio Ingreso nuevo

Información del Suscriptor

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	
Dirección Postal		Tel. Residencia	
Número	Calle	Celular	
Pueblo	Estado	Zip Code	Email

Edad	Sexo	Fecha de Nacimiento		
		Mes	Día	Año
Estado Civil		¿Tiene algún otro plan médico?		
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
		Plan: _____		

Unión **Negociado de la Policía de Puerto Rico** División o Departamento _____

Indique el contrato seleccionado Individual Pareja Familiar

Cubierta Classic I Cubierta Classic II Cubierta Premium I

Gastos Médicos Mayores Seguro de Vida (Universal Life Insurance)

Cubierta Opcional* *No disponible para dependientes opcionales

Información Sobre Dependientes Directos

Dependientes	Fecha de Nacimiento			Edad	Estado Civil	Sexo	Parentesco	¿Qué otro Plan Médico tiene?
	Mes	Día	Año					

PLAN MANCOMUNADO: Si aplica favor de completar información sobre el cónyuge; incluir forma SC-1335

Agencia del Cónyuge	División	Seg. Soc. del Cónyuge	# de Cuenta	
Nombre del Cónyuge	Fecha de Nac.	Pueblo de Trabajo	Plan	B/Package

¡IMPORTANTE!

Recuerda designar los beneficiarios de tu seguro de vida. Llena todos los encasillados de la "Tarjeta Testamentaria". Recuerda fecharla y firmarla. A través de **Universal Life Insurance Company**. Aplica solo a suscriptor principal *Aplican Restricciones*

El suscriptor es responsable de notificar cualquier cambio que afecte la designación de los beneficios El total de los porcentajes debe sumar 100

NOMBRE INICIAL APELLIDOS					Unión NEGOCIADO DE LA POLICÍA DE PUERTO RICO LEY #16															
FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	EDAD	SEXO		NÚMERO SEGURO SOCIAL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
					M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>															
BENEFICIARIOS					PARENTESCO	PORCENTAJE (%)	FECHA DE NACIMIENTO													

La composición de la cubierta seleccionada es aquella que se presenta en la hoja de tarifas acordada en el grupo y First Medical Health Plan. Certifico y acepto haber sido orientado sobre la prima a pagar. Además, estoy de acuerdo con las instrucciones al dorso de esta solicitud. **NOTA:** Si el suscriptor firma con una X deberá estar presente un testigo.

Básica + Dental + Visión + Farmacia* + PAAS = \$ _____ + Gastos Médicos Mayores \$ _____ + Seguro de Vida \$ _____ = _____

Costo Total \$ _____ - Aportación Patronal \$ _____ - Aportación del Mancomunado \$ _____ = Aportación del Empleado \$ _____

*No Aplica en Cubierta Classic I

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 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. En caso 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 el 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