

PO Box 195489
San Juan, PR 00919-5489

HEALTH PLAN, INC.



**POLICÍA
DE PUERTO RICO**
Solicitud de Ingreso
Ley #16
2026

ESTE ESPACIO ES PARA USO OFICIAL

Seguro Social

[illegible]

C.V.		
Fecha de Efectividad		
Mes	Día	Año

☐ Renovación con cambio ☐ Ingreso nuevo

Información del Suscriptor

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	
Direccion Postal				Tel. Residencia	
Número		Calle		Celular	
Pueblo		Estado		Zip Code	
				Email	
Unión				División o Departamento	
Policía de Puerto Rico - Ley 16					

Edad	Sexo	Fecha de Nacimiento		
		Mes	Día	Año
Estado Civil ☐ Casado ☐ Soltero		¿Tiene algún otro plan médico? ☐ Si ☐ No		
		Plan: _____		

Cubierta Opcional* *No disponible para dependientes opcionales

Indique el contrato seleccionado ☐ Individual ☐ Pareja ☐ Familiar

Cubierta Opcional* *No disponible para dependientes opcionales

Cubierta Classic I

Cubierta Classic II

☐ Cubierta Premium I

Gastos Médicos Mayores

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				Para uso de First Medical solamente	
Agencia del Cónyuge			División		Seg. Soc. del Cónyuge			# de Cuenta	
Nombre del Cónyuge			Fecha de Nac.		Pueblo de Trabajo			Plan	
								B/Package	

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* + PAE = \$ _____ + Gastos Médicos Mayores \$ _____ = \$ _____

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

***No Aplica en Cubierta Classic I**

Fecha

Firma

FMHP-NPPR-LEY16 2026 (REV. 6/3/2026)

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