

410 Chickamauga Ave
Oficina 301
Rossville, GA 30741
FMCPSE@nifmcp.com



Teléfono (706) 841-7000
Línea gratuita (877) 937-9602
Fax: (706) 841-7020
www.nifmcp.com

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

COMPLETAR Y ENVIAR A LA DIRECCIÓN QUE SE MUESTRA ARRIBA

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del empleado: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección de envío: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Sindicato local: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo : M F Estado civil : Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Correo electrónico: _____ Empleador actual: _____

Elección de cobertura : Sólo empleado Empleado + Cónyuge Empleado + Hijos Familia

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre del cónyuge: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo : M F Fecha de matrimonio: _____ ADJUNTAR COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO.

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Enumerar todos los hijos dependientes menores de 26 años si ha elegido la cobertura de empleado + hijos o familia.

Nombre legal completo	Vínculo (hijo/a natural, hijastro/a, etc.)	Número de Seguro Social del hijo o la hija	Fecha de nacimiento	Sexo
1.				
2.				
3.				
4.				

PARA CUALQUIER HIJO/A RECIÉN INSCRITO/A EN LA LISTA ANTERIOR, POR FAVOR ENVIAR UNA COPIA DE SU(S) CERTIFICADO(S) DE NACIMIENTO O COPIAS DE TODAS LAS ÓRDENES JUDICIALES PERTINENTES (SENTENCIAS DE DIVORCIO, SENTENCIAS DE CUSTODIA, ÓRDENES DE PATERNIDAD, ETC.).

OTROS SEGUROS

Nombre de cualquier familiar a través del cual se proporciona otra cobertura grupal: _____

Nombre, dirección, número de teléfono e ID del grupo/miembro de ese plan de salud: _____

BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA

Designar uno o varios beneficiarios para sus prestaciones del Seguro de Vida y del Seguro AD&D.

Beneficiario(s) primario(s) :

Nombre legal completo	Relación contigo	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento	% del total (debe ser igual al 100%)

Beneficiario(s) contingente(s): los beneficios del seguro solo se pagarán a un beneficiario contingente si no hay ningún beneficiario principal sobreviviente:

Nombre legal completo	Relación contigo	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento	% del total (debe ser igual al 100%)

El beneficiario antes mencionado reemplaza a todos y cada uno de los beneficiarios previamente designados. La designación de un beneficiario en este formulario será válida sólo si la Oficina del Fondo recibe este formulario mientras usted (el empleado) aún vive.

Fecha de firma

Firma del empleado