

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

Family Medical Care Plan

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

COMPLETAR Y DEVOLVER A LA DIRECCIÓN QUE SE MUESTRA ARRIBA

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del Empleado: _____ Número de Seguro Social: _____

Domicilio: _____ Número de Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Correo Electrónico del Empleado _____ Sindicato local: _____

Clase de trabajo: Oficial (o superior) Aprendiz Electricista de construcción Técnico de construcción
 Otros: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre del Cónyuge: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Fecha del Matrimonio: _____ ADJUNTAR COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO.

INFORMACIÓN DEL NIÑO Enumerar todos los hijos dependientes menores de 26 años.

Nombre Legal Completo	Vínculo (hijo natural, hijastro, etc.)	Número de Seguro Social del niño	Fecha de Nacimiento	Sexo
1.				
2.				
3.				
4.				

PARA CUALQUIER NIÑO RECIÉN INSCRITO MENCIONADO ARRIBA, POR FAVOR ENVIAR UNA COPIA DE SU(S) ACTA(S) DE NACIMIENTO O LAS COPIAS DE TODAS LAS ÓRDENES JUDICIALES PERTINENTES (DECRETOS DE DIVORCIO, CONCESIONES DE CUSTODIA, ÓRDENES DE PATERNIDAD, ETC.).

OTROS SEGUROS

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

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

BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA

Designar a uno o más beneficiarios para sus beneficios del Seguro de Vida y Seguro AD&D.

Beneficiario(s) principal(es):

Nombre Legal Completo	Vínculo	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	Vínculo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	% del Total (debe ser igual al 100 %)

El beneficiario antes mencionado reemplaza a todos y a 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 está vivo.

Fecha de Firma

Firma del Empleado