

APLICACIÓN SEGUROS Agente: _____ Fecha: _____

Personas en Taxes: _____ Asegurados: _____ Ingreso Anual (Gross Adjusted Income Línea 37): _____

MIEMBRO TITULAR DE LA CUENTA

Nombre: _____ Apellidos: _____ Sexo: M / F

D.O.B (MM/DD/YYYY): _____ email: _____

Soltero: _____ Casado: _____ Numero del Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Lenguaje Preferido Esp: _____ Ingles: _____

Nacido USA ___ Naturalizado: ___ País Origen: _____ Residente: ___ Employment: ___ Asilo: ___ Visa: _____

Numero A- _____ Otro #: _____ Categoría: _____ Desde: _____ Vence: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono Del Empleador: _____

Ocupación: _____ Ingresos por Empleo: _____

Otros Ingresos, Seguro Social, Desempleo, Regalías: _____

Ingresos Netos (PROFITS) por Self Employment: _____

ESPOSO(A) DEL TITULAR DE LA CUENTA

Nombre: _____ Apellidos: _____ Sexo: M / F

D.O.B (MM/DD/YYYY): _____ Relación: _____ Asegurar (Si/No): _____

Número del Seguro Social: _____

Nacido USA ___ Naturalizado: ___ País Origen: _____ Residente: ___ Employment: ___ Asilo: ___ Visa: _____

Numero A- _____ Otro #: _____ Categoría: _____ Desde: _____ Vence: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono Del Empleador: _____

Ocupación: _____ Ingresos por Empleo: _____

Otros Ingresos, Seguro Social, Desempleo, Regalías: _____

Ingresos Netos (PROFITS) por Self Employment: _____

INFORMACION BANCARIA

Banco: _____ Routing: _____ Acct #: _____ Checking: _____ Savings: _____

Tarjeta Visa ___ Master: ___ Numero: _____ Vence: _____ Pin: _____

Nombre del Cuentahabiente: _____

Domicilio Cuenta/tarjeta: _____

PLAN DE SEGUROS PROPUESTO

Compañía de Seguros propuesta: _____ Plan Bronce _____ Silver _____ Gold _____

Plan Propuesto: _____ Costo del Plan: _____ Subsidio: _____ Paga: _____

DEPENDIENTE-1

Nombre: _____ Apellidos: _____ Sexo: M / F

D.O.B (MM/DD/YYYY): _____ Relación: _____ Asegurar (Si/No): _____

Número del Seguro Social: _____

Nacido USA ___ Naturalizado: ___ País Origen: _____ Residente: ___ Employment: ___ Asilo: ___ Visa: ___

Numero A- _____ Otro #: _____ Categoría: ___ Desde: _____ Vence: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono Del Empleador: _____

Ocupación: _____ Ingresos por Empleo: _____

Otros Ingresos, Seguro Social, Desempleo, Regalías: _____

Ingresos Netos (PROFITS) por Self Employment: _____

DEPENDIENTE-2

Nombre: _____ Apellidos: _____ Sexo: M / F

D.O.B (MM/DD/YYYY): _____ Relación: _____ Asegurar (Si/No): _____

Número del Seguro Social: _____

Nacido USA ___ Naturalizado: ___ País Origen: _____ Residente: ___ Employment: ___ Asilo: ___ Visa: ___

Numero A- _____ Otro #: _____ Categoría: ___ Desde: _____ Vence: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono Del Empleador: _____

Ocupación: _____ Ingresos por Empleo: _____

Otros Ingresos, Seguro Social, Desempleo, Regalías: _____

Ingresos Netos (PROFITS) por Self Employment: _____

DEPENDIENTE-3

Nombre: _____ Apellidos: _____ Sexo: M / F

D.O.B (MM/DD/YYYY): _____ Relación: _____ Asegurar (Si/No): _____

Número del Seguro Social: _____

Nacido USA ___ Naturalizado: ___ País Origen: _____ Residente: ___ Employment: ___ Asilo: ___ Visa: ___

Numero A- _____ Otro #: _____ Categoría: ___ Desde: _____ Vence: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono Del Empleador: _____

Ocupación: _____ Ingresos por Empleo: _____

Otros Ingresos, Seguro Social, Desempleo, Regalías: _____

Ingresos Netos (PROFITS) por Self Employment: _____