

Formulario para agregar más dependientes

Instrucciones:

- Los empleados que tengan más de 3 hijos deben llenar las secciones **A** y **B**.

Completed by Group Administrator Only
Group Number (if applicable):
Life Class Designation (if applicable):

Por favor, escriba en letra imprenta o de molde con tinta negra o azul. NO UTILICE TINTA ROJA.

A. Información del empleado

Primer nombre	Letra inicial del segundo nombre	Apellidos	Sufijo
Fecha de nacimiento del empleado	mm	dd	año
Número de seguro social del empleado		<input type="checkbox"/> Hombre	Estado civil
		<input type="checkbox"/> Mujer	
Nombre de la empresa			

B. Información sobre otros dependientes. Es posible que necesite presentar documentación legal.

Médico	Dental	Blue 20/20 Vision SM	Nombre Primer nombre, letra inicial del segundo nombre, apellidos, sufijo	Número de seguro social	Fecha de nacimiento mm/dd/año	Sexo	Situación del (de la) hijo(a) <small>(marque si corresponde a algún dependiente menor de 26 años de edad)</small>
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Hijo(a) 4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Minusválido(a)
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Hijo(a) 5			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Minusválido(a)
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Hijo(a) 6			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Minusválido(a)

Un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ©,SM Marcas de Blue Cross and Blue Shield Association.

Visítenos en BlueCrossNC.com/azul



BlueCross BlueShield
of North Carolina