



Vision Plan of America  
(800) 400-4VPA

## Forma de Inscripción

para Beneficios de Vision HMO

<b>Nombre de Empleador (Grupo):</b>		<b>Numero de Empleador (Grupo):</b>		
<b>Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Inicial:</b>	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Numero de Seguro Social:</b>	<b>Numero de Teléfono:</b>	<b>Fecha de Nacimiento :</b> (Mes/Día/Año)	<b>Numero de Oficina/Optometrista:</b>  (seleccioné Proveedor de la lista)	
<b>Domicilió:</b>	<b>Cuidad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>	

Plan de Vision:    **A** (12/12/12/12)    **B** (12/12/24/12)    **C** (12/24/24/24)    **M-Plus** (plan de co-pagos)

**Voluntario**    **Pagado por Empleador** \_\_\_\_\_ %   **Co-Pago Anual:** \_\_\_\_\_

<b>Fecha de Efectividad:</b>	<b>Renunciar la Cobertura:</b> (por favor firme)
------------------------------	--

Por favor liste los dependientes elegibles que usted desee cubrir bajo este plan en la sección indicada					
Apellido:	Nombre:	Inicial:	Estudiante: (Si / No)	M / F	Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/ Año)
Esposo(a):					
Hijo(a):					

**Yo autorizo a mi empleador a reducir de mi cheque la suma requerida para mi y/o mis dependientes elegibles bajo el plan. Este contrato es para un termino de 12-24 meses para coincidir con el contrato del grupo dependiendo en la selección de plan o hasta que mi empleo termine.**

**POR FAVOR FIRME: X** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_



Vision Plan of America  
3255 Wilshire Blvd #1610  
Los Angeles, CA 90010  
Fax: (213) 384-0084