



**RETIRES MEDICAL INSURANCE PROGRAM ENROLLMENT CARD
TARJETA DE INSCRIPCION EN EL PROGRAMA DE SEGURO MEDICO PARA JUBILADOS**

MEDICAL INSURANCE/ SEGURO MEDICO

Full Name of Participant/ Nombre Completo del Participante:	Birthday - Nacimiento: (MM/DD/YYYY)	Employee No./No. de Empleado
---	--	------------------------------

List of Eligible Dependents/ Lista de Dependientes Elegibles

Complete Name/ Nombre Completo	Relation to Participant/ Relación con el Participante	Birthday- Nacimiento: (MM/DD/YYYY)

I want to participate in the following plan/ Deseo participar en el siguiente plan	Medicare/ Seguro de Salud Social
<i>Individual health Insurance</i> <i>Seguro de Salud Individual</i>	<i>Family Health Insurance</i> <i>Seguro de Salud Familiar</i>
<i>I have Medicare</i> <i>Tengo Seguro de Salud Social</i>	<i>I do not have Medicare</i> <i>No tengo Seguro de Salud Social</i>

I hereby request the insurance to which I am entitled under this plan and authorize deductions, for my dependents (if applicable), from my pension towards its cost.

Por la presente solicito el seguro medico al cual tengo derecho bajo este plan y autorizo los descuentos de mi pensión para el pago del seguro para mis dependientes (si aplicable)

Participant's Signature/ Firma del Participante	Date- Fecha (MM/DD/YYYY)
--	------------------------------------