

Plan Optima Health | [OptimaFit®] [OptimaFit Direct] [OptimaFit Select]
Solicitud para la cobertura individual de salud

En el caso de una disputa, prevalecerán las disposiciones de la versión en inglés aprobada del formulario.

- Solicitante nuevo Cambio/modificación de la póliza existente

Fecha de entrada en vigor: _____ Nombre del miembro: _____
 _____ Número del miembro: _____

IMPORTANTE:

- Cualquier información incompleta **retrasará la inscripción**. Complete todas las secciones con bolígrafo azul o negro.
- Se deberán proporcionar los números de seguro social del suscriptor principal, cónyuge e hijo(s) dependiente(s) cubiertos por este plan.
- Si está agregando o excluyendo a un cónyuge o dependiente, **adjunte los documentos de respaldo dentro de los 60 días posteriores al evento desencadenante**. Por ejemplo, un acta de nacimiento o matrimonio, documentos de adopción, etc.
- Tenga en cuenta que esta solicitud **no es válida** si su intención es inscribirse en un plan que se ofrece en el Mercado de Seguros Médicos. Para esos planes, visite www.healthcare.gov/marketplace/individual.

Beneficios de salud bucal pediátrica:
 Esta póliza no proporciona los beneficios mínimos esenciales de salud bucal pediátrica exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). La cobertura dental independiente que incluye dichos beneficios debe estar disponible para que la adquiera aparte de un plan dental independiente calificado.

A. SI REALIZA UN CAMBIO DE LA INSCRIPCIÓN ANTERIOR (marque todo lo que corresponda)

- Cambio/corrección:** Cambio de nombre Restablecimiento del plan Cambio de dirección Cambio del plan
 Cambio de teléfono Corrección de la fecha de nacimiento Dirección de correo electrónico

Fecha del evento calificante: (mm/dd/aaaa)

- Agregar dependientes** Matrimonio Recién nacido Adopción Pérdida de la cobertura
 Otro: _____ Tenga en cuenta: _____

- Excluir dependientes** Matrimonio Divorcio Medicare Muerte Rango de edad (26 y 65)
 Otro: _____ Tenga en cuenta: _____

B. SELECCIÓN DEL PLAN: DEDUCIBLE DE PÓLIZA o COASEGURO

Plan Optima Health
[Opciones del Plan OptimaFit] [Opciones del Plan OptimaFit Direct] [Opciones del Plan OptimaFit Select]

- [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto]
 [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto]
 [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto]

[Opciones del Plan OptimaFit] [Opciones del Plan OptimaFit Direct] [Opciones del Plan OptimaFit Select]

- [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto]
 [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto]
 [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto]

[Opciones del Plan OptimaFit] [Opciones del Plan OptimaFit Direct] [Opciones del Plan OptimaFit Select]

- [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto]
 [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto]
 [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto] [Plan 2019/Nombre del producto]

C. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (ESCRIBA SU NOMBRE LEGAL EN LETRA DE IMPRENTA)

• **Si esta es una solicitud solo para niños, incluya el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento, la relación con el niño y el número de teléfono principal del padre o tutor en esta sección.**

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
-----------	---------	-----------------------------

Dirección de residencia: *(que no sea apartado postal)*

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <i>(mm/dd/aaaa)</i>	Ciudadano de los EE. UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------	--	---	---

Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono principal:	Teléfono secundario:
--	---------------------	----------------------

Dirección postal: <i>(si es diferente a la dirección de residencia anterior)</i>	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--	---------	---------	----------------

Dirección de correo electrónico: _____

Estoy de acuerdo con aceptar comunicaciones electrónicas acerca de información importante del plan de salud, incluidos, entre otros, los Certificados de Seguros, Explicaciones Electrónicas de Beneficios, actualizaciones del plan y documentos de Resumen Uniforme de Beneficios. Al marcar esta casilla acepta las comunicaciones electrónicas.

Médico de Atención Primaria: (Primary Care Physician, PCP)
Si solicita el plan Optima Health Plan Health Maintenance Organization (HMO), seleccione un médico de atención primaria del directorio de proveedores del plan para cada miembro de la familia que haya indicado. Los planes Optima Health Preferred Provider Organization (PPO) no requieren selección de atención primaria.

Apellido del PCP:	Nombre del PCP:
-------------------	-----------------

Número de proveedor: *(de conocerlo)* ¿Actualmente es su paciente? Sí No

[Si tiene 18 años o más, ¿ha consumido tabaco con regularidad en el transcurso de los últimos 6 meses (4 o más veces a la semana en promedio, excepto en caso de usos religiosos o ceremoniales)? Sí No]

Información del padre/tutor *(si la solicitud es solo para niños)* **Relación con el niño:** Padre Tutor

Apellido del padre/tutor:	Nombre del padre/tutor:	Fecha de nacimiento: <i>(mm/dd/aaaa)</i>
---------------------------	-------------------------	--

Dirección de residencia: <i>(que no sea apartado postal)</i>	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--	---------	---------	----------------

D. CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD *(si corresponde)*

Administración de la Cuenta de Ahorro para la Salud (Health Savings Account, HSA): si ha elegido el plan con altos deducibles **Equity/HSA**, usted puede abrir una Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA). HealthEquity es el proveedor preferido de Optima Health para la administración de la HSA. ¿Desea abrir una HSA?

<input type="checkbox"/> Sí, por favor ÁBRAME una cuenta de ahorros para la salud con HealthEquity. <input type="checkbox"/> No, NO ME ABRA una cuenta de ahorros para la salud con HealthEquity. <input type="checkbox"/> No, ya tengo una cuenta de ahorros para la salud con HealthEquity.	Fecha de entrada en vigor: <i>(mm/dd/aaaa)</i> _____
---	---

E. DIRECCIÓN POSTAL ALTERNATIVA				
Si su cónyuge o cualquier dependiente deben recibir información del plan en una dirección diferente a la registrada en la Información del Solicitante Principal Sección C, proporcione esa dirección y el nombre del miembro del plan.				
Miembro solicitante:	Dirección postal alternativa:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
• <i>Para obtener direcciones adicionales, vuelva a imprimir esta página y continúe completando la información requerida para todos los miembros adicionales de la póliza.</i>				

F. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA				
<i>Complete solo si su cónyuge o hijos dependientes solicitan cobertura.</i>				
• Si inscribe a dependientes, ¿cuántos son? _____				
CÓNYUGE <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar		¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Ciudadano de los EE. UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono principal:		Teléfono secundario:	
Dirección de correo electrónico:				
AVISO: Médico de Atención Primaria (PCP) si solicita el plan Optima Health Plan Health Maintenance Organization (HMO), seleccione un médico de atención primaria del directorio de proveedores del plan para cada miembro de la familia que haya indicado. Los planes Optima Health Preferred Provider Organization (PPO) no requieren selección de atención primaria.				
Apellido del PCP:		Nombre del PCP:		
Número de proveedor: (de conocerlo)		¿Actualmente es su paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
[Si tiene 18 años o más, ¿ha consumido tabaco con regularidad en el transcurso de los últimos 6 meses (4 o más veces a la semana en promedio, excepto en caso de usos religiosos o ceremoniales)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No]		

HIJO 1				
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar		¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Ciudadano de los EE. UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono principal:		Teléfono secundario:	
Dirección de correo electrónico:				
Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician, PCP): (si es necesario)				
Apellido del PCP:		Nombre del PCP:		
Número de proveedor: (de conocerlo)		¿Actualmente es su paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
[Si tiene 18 años o más, ¿ha consumido tabaco con regularidad en el transcurso de los últimos 6 meses (4 o más veces a la semana en promedio, excepto en caso de usos religiosos o ceremoniales)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No]		

F. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (continuación)

HIJO 2 Agregar Cancelar **¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro?** Sí No

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Ciudadano de los EE. UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono principal:		Teléfono secundario:		
	Dirección de correo electrónico:				

Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician, PCP): (si es necesario)

Apellido del PCP:	Nombre del PCP:
Número de proveedor: (de conocerlo)	
¿Actualmente es su paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

[Si tiene 18 años o más, ¿ha consumido tabaco con regularidad en el transcurso de los últimos 6 meses (4 o más veces a la semana en promedio, excepto en caso de usos religiosos o ceremoniales)? Sí No]

HIJO 3 Agregar Cancelar **¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro?** Sí No

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Ciudadano de los EE. UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono principal:		Teléfono secundario:		
	Dirección de correo electrónico:				

Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician, PCP): (si es necesario)

Apellido del PCP:	Nombre del PCP:
Número de proveedor: (de conocerlo)	
¿Actualmente es su paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

[Si tiene 18 años o más, ¿ha consumido tabaco con regularidad en el transcurso de los últimos 6 meses (4 o más veces a la semana en promedio, excepto en caso de usos religiosos o ceremoniales)? Sí No]

HIJO 4 Agregar Cancelar **¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro?** Sí No

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Ciudadano de los EE. UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono principal:		Teléfono secundario:		
	Dirección de correo electrónico:				

Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician, PCP): (si es necesario)

Apellido del PCP:	Nombre del PCP:
Número de proveedor: (de conocerlo)	
¿Actualmente es su paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

[Si tiene 18 años o más, ¿ha consumido tabaco con regularidad en el transcurso de los últimos 6 meses (4 o más veces a la semana en promedio, excepto en caso de usos religiosos o ceremoniales)? Sí No]

• Si usted tiene más de cuatro (4) dependientes, vuelva a imprimir esta página y continúe completando la información requerida para todos los dependientes elegibles.

H. INFORMACIÓN DEL PAGO INICIAL: seleccione un tipo de pago

TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO

Si paga con tarjeta de crédito o débito, espere a recibir su carta de bienvenida o factura inicial de Optima Health con instrucciones sobre cómo realizar el pago.

DEDUCCIÓN AUTOMÁTICA DEL BANCO

Información bancaria

Si tiene una información bancaria diferente para su pago inicial y sus pagos electrónicos corrientes, complete la siguiente página y proporcione la información requerida para las transacciones del pago en curso.

Número de ruta bancaria:		Número de cuenta bancaria:	
Nombre principal en la cuenta bancaria:			
Nombre de la institución financiera:		Número telefónico de la sucursal:	
Dirección de la sucursal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

CHEQUE, GIRO POSTAL, CHEQUE DE CAJA

Para garantizar una publicación adecuada, incluya el nombre y número del miembro y el número de factura (si corresponde) en el cheque, giro postal o cheque de caja.

Envíe el pago por correo a:

Optima Health
[4456 Corporation Lane
Suite 336
Virginia Beach, VA 23462]

MONEYGRAM

Realice los pagos de primas de manera conveniente en las sedes de MoneyGram de todo el estado de Virginia, incluida la mayoría de las ubicaciones de 7-Eleven, CVS y Walmart.
(No se aplican tasas por servicio).

Incumplimiento del pago de primas y cobertura futura

Sus primas deben pagarse en su totalidad y a tiempo para que su cobertura se mantenga vigente. De acuerdo con las disposiciones sobre el periodo de gracia del plan, su cobertura se cancelará por incumplimiento del pago de las primas. Si luego decide solicitar la inscripción en otro plan de Optima Health, antes de que inicie la nueva cobertura, le solicitaremos que pague todas las primas vencidas que nos debe, por concepto de la cobertura en la que estuvo inscrito, durante un periodo de doce meses previos a la fecha de entrada en vigor de la nueva cobertura. Esto se aplicará a los periodos anuales de inscripción abierta y de inscripción especial. Asimismo, deberá abonar las cuotas iniciales correspondientes de su nueva cobertura.

I. INFORMACIÓN DEL PAGO MENSUAL CONTINUO: los pagos deben hacerse mensualmente

PAGO AUTOMÁTICO CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO

Las instrucciones para los pagos automáticos con tarjeta de crédito o débito están disponibles en nuestro sitio web, durante o después de que se realice el pago inicial.

DEDUCCIÓN AUTOMÁTICA DEL BANCO

Información bancaria

Si tiene una información bancaria diferente para su pago inicial y sus pagos electrónicos continuos, complete la página anterior y proporcione la información requerida para las transacciones del pago inicial.

Número de ruta bancaria:	Número de cuenta bancaria:
--------------------------	----------------------------

Nombre principal en la cuenta bancaria:

Nombre de la institución financiera:	Número telefónico de la sucursal:
--------------------------------------	-----------------------------------

Dirección de la sucursal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------------------------	---------	---------	----------------

CHEQUE, GIRO POSTAL, CHEQUE DE CAJA

Para garantizar una publicación adecuada, incluya el nombre y número del miembro y el número de factura (si corresponde) en el cheque, giro postal o cheque de caja.

Envíe el pago por correo a:

Producto individual del Plan Optima Health (Optima Health Plan, OHP)
[PO Box 75892
Baltimore, MD 21275-5892]

DÉBITO PREPAGO

Pagos con tarjetas de débito prepago: Las llamadas se deben hacer mensualmente a [(757)687-6434] o [(888)737-5479]

MONEYGRAM

Realice los pagos de primas de manera conveniente en las sedes de MoneyGram de todo el estado de Virginia, incluida la mayoría de las ubicaciones de 7-Eleven, CVS y Walmart.
(No se aplican tasas por servicio).

Incumplimiento del pago de primas y cobertura futura

Sus primas deben pagarse en su totalidad y a tiempo para que su cobertura se mantenga vigente. De acuerdo con las disposiciones sobre el periodo de gracia del plan, su cobertura se cancelará por incumplimiento del pago de las primas. Si luego decide solicitar la inscripción en otro plan de Optima Health, antes de que inicie la nueva cobertura, le solicitaremos que pague todas las primas vencidas que nos debe, por concepto de la cobertura en la que estuvo inscrito, durante un periodo de doce meses previos a la fecha de entrada en vigor de la nueva cobertura. Esto se aplicará a los periodos anuales de inscripción abierta y de inscripción especial. Asimismo, deberá abonar las cuotas iniciales correspondientes de su nueva cobertura.

J. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN**El solicitante principal y su cónyuge deben firmar y fechar la siguiente sección (si corresponde).**

Yo, y mi agente (si corresponde), certifico aquí que he leído o se me ha leído la solicitud completada y que he conservado una copia de la misma, y reconozco que cualquier falso testimonio o fraude en la solicitud pueden resultar en la pérdida de la cobertura conforme a esta póliza. Entiendo que ninguna cobertura estará en vigencia hasta que Optima Health determine la elegibilidad para la cobertura y me notifique la primera fecha de entrada en vigor de la cobertura. Entiendo que la prima adjunta se aplicará a la cobertura para la(s) persona(s) elegible(s); y entiendo que la prima se reembolsará si ninguna persona es elegible para la cobertura seleccionada y no se acepta ninguna otra cobertura. También entiendo que las primas no pagadas de acuerdo con esta disposición, y los términos de la póliza, darán como resultado la no renovación o discontinuación de la póliza emitida a partir de esta solicitud.

Entiendo que la póliza que solicito es una póliza de seguro de salud individual, y entiendo que la póliza, si se emite, no se utilizará como un plan de beneficios de atención médica proporcionado por el empleador. Certifico que ningún empleador de ninguna persona que esté cubierta bajo esta póliza puede pagar ninguna prima para esta cobertura, de forma directa o indirecta, incluso a través del ajuste salarial. Entiendo que el “empleador” no incluye una actividad comercial que sea propiedad exclusiva de una persona o una persona y su cónyuge que no tiene otros empleados o que no ofrece beneficios de salud a ningún otro empleado. Además, en lo que respecta a esta disposición, una iglesia puede adquirir una póliza individual si solo la adquiere para un empleado.

Asimismo, entiendo que la cobertura no será válida hasta la fecha de entrada en vigor indicada en la tarjeta de identificación del miembro, que fuera expedida para mí y mis dependientes. Solicito esta cobertura de salud para las personas que se indican en la solicitud y acepto cumplir las disposiciones de la cobertura en el documento de la póliza conforme al cual estamos inscritos. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Optima Health cualquier cambio en mi elegibilidad y la de mis dependientes. Acuerdo proporcionar las pruebas de elegibilidad que fueran aceptadas por Optima Health, de ser solicitadas.

Por la presente, autorizo a cualquier proveedor de atención médica o compañía de seguros que tenga algún registro o información sobre mi salud o la de mis dependientes a proporcionarle cualquier información a Optima Health a efectos de gestionar la coordinación de las disposiciones de los beneficios y para el pago de las solicitudes, una vez inscrito. Esta autorización no incluirá la divulgación de las notas que tome un proveedor durante las sesiones de psicoterapia que se guardan por separado al resto del registro médico del proveedor.

Entiendo que cualquier información médica personal que reciba Optima Health de, conformidad con esta solicitud, está sujeta a restricciones de divulgación a terceros, conforme a lo establecido en las leyes estatales y federales. Es posible que cualquier información se divulgue más de una vez, de conformidad con esta autorización, y dicha información, una vez divulgada, ya no estará protegida por las normas federales que rigen la privacidad y la confidencialidad. La autorización de divulgación de esta información médica se realiza de manera voluntaria. No es necesario que firme este formulario a fin de garantizar el tratamiento. Es posible que yo, o mi representante legal autorizado, reciba una copia de esta autorización bajo petición, y una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que la original. También entiendo que esta autorización es válida, a efectos de la tramitación y del pago de las solicitudes para la gestión de las disposiciones de la coordinación de los beneficios, por el término de la póliza.

J. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN *(continuación)*

En cualquier momento puedo revocar esta autorización mediante una notificación por escrito dirigida a Optima Health en 4417 Corporation Lane, Virginia Beach, VA 23462. Asimismo, entiendo que mi revocación no afectará los derechos de ninguna persona que haya actuado en función de la autorización antes de recibir la notificación de mi revocación.

Si un representante legal firma en nombre del solicitante o de cualquier otra persona cubierta, la firma del representante legal confirma que el representante legal posee la autoridad de firmar en nombre del individuo.

Si usted o alguno de sus dependientes cubiertos están cubiertos por más de un plan de salud, se coordinarán los beneficios de su plan de Optima Health para que los mismos servicios de atención médica no se paguen dos veces. Cuando Optima Health es el pagador principal, pagaremos los beneficios descritos en su póliza de cobertura. Cuando somos el pagador secundario, determinamos nuestro cargo permitido; y después de que el plan primario pague, pagaremos lo que reste de nuestra asignación, hasta alcanzar nuestro beneficio regular.

El solicitante principal y su cónyuge deben firmar y fechar la siguiente sección (si corresponde).

Firma del solicitante principal <i>o nombre en letra de imprenta, firma y especifique el título</i> del representante legal:	Fecha: (mm/dd/aaaa)
--	---------------------

Firma del cónyuge <i>(si corresponde) o nombre en letra de imprenta, firma y especifique el título</i> del representante legal:	Fecha: (mm/dd/aaaa)
---	---------------------

Firma del dependiente mayor de 18 años de edad <i>(si corresponde) o nombre en letra de imprenta, firma y especifique el título</i> del representante legal:	Fecha: (mm/dd/aaaa)
--	---------------------

Indique el nombre del agente si corresponde:	Fecha: (mm/dd/aaaa)
--	---------------------

Firma del agente si corresponde:	Fecha: (mm/dd/aaaa)
----------------------------------	---------------------

Número de agencia:	Número de agente:	Fecha de recepción: (mm/dd/aaaa)
--------------------	-------------------	----------------------------------

Teléfono principal:	Número de Fax:
---------------------	----------------

Dirección de correo electrónico: