

**Tipo de Solicitud (elija uno):**  Nuevo Miembro  Renovación  Miembro de Regalo  
**Tipo de Membresía (elija uno):**  Individual - \$40  Familiar - \$45\*  Individual de Grupo - \$25\*\*  Familia de Grupo - \$40\*\*

\* Las membresías familiares se definen como el miembro principal (o miembro de regalo), cónyuge o compañero/a, y otros miembros de la familia (incluyendo hijastros y padres dependientes) viviendo en la misma casa.

\*\*Las membresías de Grupo/Empresa están disponibles para un mínimo de ocho solicitudes (individuales, familiares o de empresa) presentadas juntas inicialmente por un coordinador designado con un solo pago grupal. No se requiere que los coordinadores de grupo se hagan cargo de las renovaciones después de la inscripción inicial. Para grupos de 150 o más, por favor contáctenos.

**Información del Miembro Principal (o Información del Receptor del Regalo—por favor proporcione toda la información que tenga para membresía de regalo)**

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ N° de Seguridad Social (sólo los últimos 4 dígitos) \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Información de la Familia Nombre Relación con el Miembro Principal Fecha de Nacimiento Sexo

Miembro de Familia 1 \_\_\_\_\_  M  FMiembro de Familia 2 \_\_\_\_\_  M  FMiembro de Familia 3 \_\_\_\_\_  M  FMiembro de Familia 4 \_\_\_\_\_  M  F

Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_ N° de Grupo \_\_\_\_\_ N° de Miembro \_\_\_\_\_

¿Mejor forma de contactar al miembro?  Correo electrónico  Correo  Teléfono ¿Le gustaría recibir nuestro boletín de salud?  Sí  No**\*\*Las Membresías de Grupo/Empresa deben proveer:** Nombre del Grupo/Afiliación \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador del Grupo \_\_\_\_\_ Teléfono del Coordinador del Grupo \_\_\_\_\_

**Información sobre Membresía de Regalo**

Este es un regalo para \_\_\_\_\_ Este es un regalo de \_\_\_\_\_

Envíe el paquete de membresía de regalo a:  Dirección del Miembro de Regalo  Dirección de Cuenta (donde se envían las facturas)Envíe renovación anual de membresía de regalo a:  Domicilio del Miembro de Regalo  Dirección de Cuenta Correo Electrónico del Miembro de Regalo  Correo Electrónico de Cuenta**Nombre y Dirección de Cuenta (si son distintos a la información de arriba del Miembro Principal)**

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**Información de Pago (Por favor, indique la forma de pago preferida)**  Cheque u Orden de Pago (Pagadero a REACH for Life)Por favor, cargue mi tarjeta de crédito:  VISA  MasterCard  American Express  Discover Card

Tarjeta de Crédito N° \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_ Código de Seguridad # (en la parte de atrás de la tarjeta) \_\_\_\_\_

Nombre (como figura en la tarjeta de crédito) \_\_\_\_\_

Las tarjetas de miembros se enviarán por correo aproximadamente 14 días después de recibidos la solicitud y el pago. Las tarjetas no son necesarias para recibir servicios. **Su cheque cancelado, la cuenta de la tarjeta de crédito o el recibo de la orden de pago son su prueba de pago.**

**ANTES DE COMPRAR:** Si usted está inscripto en una organización de mantenimiento de salud (HMO) u otro programa de seguro de salud, los beneficios que provee REACH for Life pueden duplicar los beneficios que provee su plan. Antes de comprar una membresía con REACH for Life, es recomendable que llame a su plan de salud para determinar si tiene cobertura para este servicio. • **ADVERTENCIA:** REACH for Life no es un programa de seguro. No compensará o reembolsará a otra compañía de ambulancia que provea transporte de emergencia a usted o su familia. Esto puede ocurrir cuando el Sistema de Emergencias 911 ha determinado independientemente que otra compañía podía proveer un servicio más expeditivo o era la próxima en la rotación para recibir un llamado. Esto también puede ocurrir si REACH no puede desempeñarse dentro del tiempo médicamente apropiado a causa de ciertas condiciones climáticas, cuestiones mecánicas/ fuera de servicio, o cuando esté comprometido con otra llamada. La membresía de REACH for Life sólo es válida para transporte médico aéreo provisto por REACH o un socio de servicio de REACH. REACH se reserva el derecho de cancelar una membresía individual o programa de membresía de REACH for Life en cualquier momento. • **QUEJAS:** Para quejas sobre los Servicios Médicos Aéreos REACH, primero intente llamarnos al 866-767-3224. Si su queja no se resuelve, en California puede llamar al Departamento de Mantenimiento de Salud al 800 400-0815 o ir a <http://www.dmhc.ca.gov>.

Para confirmar acuerdo con las condiciones de membresía en el programa de REACH for Life, por favor marque "Estoy de acuerdo" en el espacio correspondiente de abajo, firme, anote la fecha y devuelva la solicitud con su pago. La membresía de REACH for Life sólo será válida con su firma abajo.

 Estoy de acuerdo  No estoy de acuerdo Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_Para mayor información, llame a REACH for Life de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. PST al 866 767-3224 o visite nuestro sitio Web en [www.REACHair.com](http://www.REACHair.com).