



Health Access Mexico Enrollment Form Formulario de Inscripción para Acceso en México

Dear Member: Please note the information you provided on the Symetra Select Benefits Enrollment Form will also be used to enroll you in the **Sekure Healthcare Program**. This Form is to enroll for the option to access the **Sekure Healthcare Program** in Mexico. You should register if there is **any** possibility that you or your eligible dependents may access healthcare in Mexico. There is **no** additional charge to register.

Estimado Miembro: Favor de tomar nota que la información que proporciono en el Formulario de Inscripción de Select Benefits de Symetra también será utilizada para inscribirlo en el Plan Sekure. Este formulario es para tener la opción de utilizar el Plan Sekure en México. Se debe inscribir si existe cualquier posibilidad de que usted ó sus dependientes elegibles requieran servicios médicos en México. No hay ningún cargo adicional por este servicio.

Employee's Name (Last, First, Middle) / Nombre del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial)	Date of Birth/Fecha de Nac. / /	Lang Preference/ Preferencia Idioma <input type="checkbox"/> English /Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/Español
---	------------------------------------	--

Do you wish to register to include the option to access services in Mexico? / Desea registrarse para incluir la opción de tener acceso a servicios médicos en México? **Yes / Sí** **No**

Please indicate preference for services in Mexico: Favor de indicar su preferencia para servicios en México:

Border/ Frontera (Tijuana/Mexicali) **Mexican Interior/Interior de la República Mexicana** **Both/Ambos**

For Family Dependents living in Mexico - do you want a Membership Card mailed to your Dependents? / ¿Desea que enviemos una tarjeta de membresía a su(s) Dependientes en México?

Yes/Sí **No** If Yes, provide mailing address in Mexico./Si la respuesta es Sí, favor de anotar la dirección de correo en México.

Mailing Address in Mexico /Domicilio en México	Colonia	City/Ciudad	State / Estado	CP
--	---------	-------------	----------------	----

1392 Palomar Street, Suite 403-243 ● Chula Vista, CA 91913 ● (800) 521-5329 ● FAX (619) 482-0855 ● www.MySekure.com

Please join this form to the Symetra Enrollment Form /Favor de juntar esta forma con el Formulario de Inscripción de Symetra



Health Access Mexico Enrollment Form Formulario de Inscripción para Acceso en México

Dear Member: Please note the information you provided on the Symetra Select Benefits Enrollment Form will also be used to enroll you in the **Sekure Healthcare Program**. This Form is to enroll for the option to access the **Sekure Healthcare Program** in Mexico. You should register if there is **any** possibility that you or your eligible dependents may access healthcare in Mexico. There is **no** additional charge to register.

Estimado Miembro: Favor de tomar nota que la información que proporciono en el Formulario de Inscripción de Select Benefits de Symetra también será utilizada para inscribirlo en el Plan Sekure. Este formulario es para tener la opción de utilizar el Plan Sekure en México. Se debe inscribir si existe cualquier posibilidad de que usted ó sus dependientes elegibles requieran servicios médicos en México. No hay ningún cargo adicional por este servicio.

Employee's Name (Last, First, Middle) / Nombre del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial)	Date of Birth/Fecha de Nac. / /	Lang Preference/ Preferencia Idioma <input type="checkbox"/> English /Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/Español
---	------------------------------------	--

Do you wish to register to include the option to access services in Mexico? / Desea registrarse para incluir la opción de tener acceso a servicios médicos en México? **Yes / Sí** **No**

Please indicate preference for services in Mexico: / Favor de indicar su preferencia para servicios en México:

Border/ Frontera (Tijuana/Mexicali) **Mexican Interior/Interior de la República Mexicana** **Both/Ambos**

For Family Dependents living in Mexico - do you want a Membership Card mailed to your Dependents? / ¿Desea que enviemos una tarjeta de membresía a su(s) Dependientes en México?

Yes/Sí **No** If Yes, provide mailing address in Mexico./Si la respuesta es Sí, favor de anotar la dirección de correo en México.

Mailing Address in Mexico /Domicilio en México	Colonia	City/Ciudad	State / Estado	CP
--	---------	-------------	----------------	----

1392 Palomar Street, Suite 403-243 ● Chula Vista, CA 91913 ● (800) 521-5329 ● FAX (619) 482-0855 ● www.MySekure.com

Please join this form to the Symetra Enrollment Form /Favor de juntar esta forma con el Formulario de Inscripción de Symetra