

Formulario de registro de conductor



Por favor, recuerde incluir una fotocopia de la licencia para conducir y del seguro del vehículo cuando entregue este formulario. Los formularios entregados sin los anexos no serán aprobados.

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR (entregue una fotocopia de la licencia para conducir)		
Primer nombre	Apellido	
Número de licencia para conducir	Fecha de expiración (DD/MM/AAAA)	Estado emisor
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL VEHÍCULO (entregue una fotocopia del seguro activo del vehículo)	
Número de seguro de vehículo	Fecha de expiración (DD/MM/AAAA)

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO (por favor, seleccione solamente una opción de pago)	
<input type="checkbox"/> Depósito directo *RECOMENDADO Espere recibir el pago en 1-2 semanas	<input type="checkbox"/> Cheque físico Espere recibir el pago en 4-6 semanas
Tipo de cuenta bancaria: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Cheques	Dirección postal
Nombre del titular de la cuenta	Ciudad Estado
Número de ruta	Código postal
Número de cuenta	

ACEPTACIÓN DEL CONDUCTOR PARA EL REEMBOLSO DE MILLAS

Entiendo que voluntariamente estoy prestando transporte para asistir a un miembro de HUSKY Health Medicaid. Asumo toda la responsabilidad por todos y cada uno de los riesgos de accidente, daños al automóvil o lesiones corporales que los pasajeros o yo podamos sufrir mientras se presta el servicio.

Además, entiendo que, si el miembro o cualquier personal que lo acompaña es menor de 18 años, es mi responsabilidad conocer y cumplir con las leyes estatales en relación con los asientos para niños, asientos elevadores, cinturón de seguridad y/o requerimientos para que esos menores puedan sentarse en el asiento trasero.

Además, en nombre propio y en nombre de mis herederos, albaceas, administradores y cesionarios, por medio de este documento exonerador, renuncio y descargo a HUSKY Health y a Veyo LLC, y a sus funcionarios, directores, empleados y agentes de todos y cada uno de los reclamos que mis herederos, administradores, cesionarios o yo podamos tener en contra de cualquiera de los anteriores por, a cuenta de, por razón de, o que surjan en conexión con la prestación de estos servicios, y por medio de este documento renuncio a todos los reclamos, demandas y causas de acción judicial.

Entiendo que mi único pago por estos servicios será el reembolso de las millas y que recibiré el pago después de entregar un reclamo completo y aprobado.

ACEPTACIÓN DEL CONDUCTOR

Certifico que leí y estoy de acuerdo con los términos y condiciones anteriores:

Firma

Fecha

Por favor, envíe el formulario completado por correo electrónico, correo o fax:

Correo electrónico:
 ctcc@veyo.com
Fax: 860-218-2948
Correo: Veyo
 Atención: Reembolso de millas
 PO Box 1070
 Windsor, CT 06095