

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)

Depósito directo *RECOMENDADO

Espera recibir el pago en 1-2 semanas

Tipo de cuenta bancaria: Ahorro Cheques

Nombre del titular de la cuenta

Número de ruta

Número de cuenta

Cheque físico

Espera recibir el pago en 4-6 semanas

Dirección postal	
Ciudad	Estado
Código postal	

ACEPTACIÓN DEL CONDUCTOR PARA EL REEMBOLSO DE MILLAS

Entiendo que soy un miembro de HUSKY Health Medicaid que proporciona mi propio transporte a una cita o que voluntariamente proporciono transporte para ayudar a un miembro de HUSKY Health Medicaid. Certifico que soy el propietario del vehículo y, si no soy el propietario del mismo, tengo permiso del propietario del vehículo para usar el vehículo para proporcionar transporte para ayudar a un miembro de HUSKY Medicaid. También certifico que el vehículo cumple con todos los requisitos de seguro según la ley del estado de Connecticut y entiendo y acepto que es mi responsabilidad cumplir con todas las leyes que rigen a los vehículos y conductores. Asumo toda la responsabilidad por cualquier riesgo de accidente, daños a la automoción o lesiones corporales que yo o los pasajeros podamos sufrir mientras conducimos al miembro de HUSKY.

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 exonero, 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:
ctmileage@veyo.com

Fax: 860-218-2948

Correo: Veyo
Atención: Reembolso de millas
PO Box 1070
Windsor, CT 06095