

Instrucciones para completar este formulario de inscripción:

- Todos los empleados elegibles que elijan renunciar a la cobertura médica deben suministrar únicamente el nombre y número de grupo (si lo conocen) del empleador y el nombre del empleado en la sección 1. Además, deben completar y firmar la sección 5, "Renuncia de cobertura".
- Este formulario de inscripción debe completarse con tinta.
- Si su empleador ofrece varios planes médicos, le pedimos que analice sus opciones con su empleador o corredor de seguros.

1. Información de inscripción

Empleador		Número de grupo	
Fecha en que comenzó a trabajar a tiempo completo:	Horas trabajadas por semana	Ocupación:	
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento		
Dirección	Núm. apto.		
(No se acepta un apartado postal a menos que sea uno rural)	Ciudad	Estado	Código postal
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Altura	Peso libras	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)
Núm. de dependientes (incluye cónyuge)	Teléfono particular	Teléfono laboral	

2. Selección de plan y cobertura

Planes de beneficios médicos (seleccione UNO) disponibles para usted mediante su empleador.

<u>Planes Protect con copago</u>	<u>Planes Protect con cuenta de ahorros de atención de salud</u>
<input type="checkbox"/> Protect 500 Co-Pay (001)	<input type="checkbox"/> Protect HSA 3000 (005)
<input type="checkbox"/> Protect 1000 Co-Pay (002)	<input type="checkbox"/> Protect HSA 4000 (006)
<input type="checkbox"/> Protect 2000 Co-Pay (003)	<input type="checkbox"/> Protect HSA 5000 (007)
<input type="checkbox"/> Protect 3000 Co-Pay (008)	
<input type="checkbox"/> Protect 4000 Co-Pay (004)	

3. Información sobre elegibilidad y otros seguros

<p>¿Actualmente trabaja a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si respondió "No", desarrolle: _____</p>	<p>¿Usted (o algún miembro de su familia) planea mantener la otra cobertura de seguro de salud adicional una vez que se emita esta cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si respondió "Sí", enumere los miembros de la familia: _____</p>
<p>Enumere el/los nombre(s) de la(s) otra(s) compañía(s) de seguro:</p> <p>Nombre(s): _____</p> <p>Número(s) de póliza: _____</p> <p>Fecha(s) de entrada en vigor de la(s) póliza(s): _____</p>	<p>List family members covered by Medicare and their effective date:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

4. Motivo para inscribirse en la cobertura o terminarla

<input type="checkbox"/> Inscripción inicial	<input type="checkbox"/> Orden judicial	<input type="checkbox"/> Regreso a los estudios a tiempo completo
<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Nacimiento	<input type="checkbox"/> Inscripción especial/Pérdida de cobertura - Voluntaria
<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Adopción	<input type="checkbox"/> Inscripción especial/Pérdida de cobertura - Involuntaria
<input type="checkbox"/> Separación legal	<input type="checkbox"/> Cambio a tiempo completo/ medio tiempo	
<input type="checkbox"/> Terminar la cobertura para un/todos los dependiente(s). Enumere los dependientes que ya no están cubiertos: _____		
Fecha del evento (es posible que le soliciten presentar prueba del evento): ____/____/____		
Nota: La fecha de entrada en vigor de su cobertura se determina por ley o por el período de espera de su empleador.		

5. Renuncia de cobertura (Complete esta sección si renuncia a todas las coberturas: individual o para dependientes)

Marque todos los casilleros que correspondan: Renuncio a la cobertura para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(s)	Motivo por el cual renuncia a la cobertura: _____ Cobertura para la cual reúne los requisitos: _____ Otro: _____
--	---

Si renuncio a la cobertura para mí o mi(s) dependiente(s) (incluido mi cónyuge) por otra cobertura de seguro de salud, en el futuro puedo inscribirme o inscribir a mi(s) dependiente(s) en la cobertura, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de mi otra cobertura a causa de la pérdida involuntaria de la otra cobertura (divorcio, muerte, separación legal, terminación de empleo, reducción en la cantidad de horas de empleo). Además, si adquiero un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o solicitud de adopción, es posible que pueda inscribir a mis dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la fecha del evento. Asimismo, entiendo que si se me considera un inscrito tardío, se puede rechazar mi inscripción en la cobertura o excluirme de ella por un período de tiempo definido por ley, y donde la ley lo permita. Además, es posible que se me solicite, donde lo permita la ley, suministrar una historia médica satisfactoria al patrocinador o administrador del Plan, ya sea en relación conmigo o mis dependientes.

Firma de la persona inscrita _____ Fecha (requerida) ____/____/____

6. Información sobre la familia (Solo para aquellos que solicitan la inscripción en la cobertura).

Nombre e inicial del segundo nombre (Apellido, si es distinto)	Sexo	Fecha de nacimiento	Altura	Peso	Núm. de Seguro Social	Nombre del médico de atención primaria
Cónyuge:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /			/ /	
Hijo(a):	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /			/ /	
Hijo(a):	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /			/ /	
Hijo(a):	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /			/ /	
Hijo(a):	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /			/ /	
Hijo(a):	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /			/ /	

7. Información médica requerida

A. En relación con alguna de las siguientes afecciones, en los últimos dos años, ¿usted o alguno de sus dependientes elegibles han recibido un diagnóstico; han tenido síntomas; se han realizado exámenes completos; han recibido tratamiento; han obtenido un resultado positivo en una prueba; han tomado medicamentos o han recibido atención de rutina, de seguimiento o consultas?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). | <input type="checkbox"/> Lupus sistémico/Esclerosis múltiple. |
| <input type="checkbox"/> Complejo relacionado con el sida (CRS). | <input type="checkbox"/> Trasplantes de órganos/tejidos. |
| <input type="checkbox"/> VIH. | <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema inmunitario. |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumor. | <input type="checkbox"/> Trastorno mental. |
| <input type="checkbox"/> Diabetes. | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcohol. |
| <input type="checkbox"/> Trastorno cardíaco/sanguíneo/vascular o hipertensión. | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico. |
| <input type="checkbox"/> Trastorno renal. | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento/trastornos congénitos. |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hepático. | <input type="checkbox"/> Artritis/Trastorno de espalda o articulaciones. |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis. | <input type="checkbox"/> Trastorno intestinal/digestivo. |
| <input type="checkbox"/> Trastorno respiratorio/pulmonar. | <input type="checkbox"/> Infertilidad. |
| <input type="checkbox"/> Ataque cerebral. | |

B. ¿Usted o alguno de sus dependientes se encuentra en las siguientes condiciones: incapacitado; internado en un hospital; gestando un bebé; recibiendo tratamiento; tomando medicamentos; recibiendo atención de seguimiento; esperando resultados de alguna prueba, biopsia, procedimiento o análisis de laboratorio o con una cita para realizárselos, o con conocimiento de estar cursando una afección que requerirá atención en los próximos veinticuatro (24) meses? Sí No

En caso de embarazo, informe la fecha de parto: ____/____/____

En caso de embarazo, informe si se espera nacimiento múltiple, si padece complicaciones o si planea una cesárea. Sí No

C. ¿Usted o alguno de sus dependientes elegibles consumieron productos del tabaco en los últimos doce meses? Sí No

D. ¿A usted o a cualquiera de sus dependientes elegibles se les ha rechazado, pospuesto o emitido una opción adicional de una cobertura médica, por incapacidad o de vida ofrecida por otra compañía de seguros, o han sido calificados para alguna de estas? Sí No
Si respondió "Sí", desarrolle.

Le pedimos que suministre detalles para las preguntas a las que haya respondido "Sí". Esto incluye información relacionada con la última visita al médico o el último examen físico, y todos los medicamentos que se hayan tomado. (Adjunte hojas adicionales si las necesita. Firmelas y anote la fecha en cada una de ellas).

Nombre	Enfermedad/Problema	Fechas en que fue	Medicamentos/Tratamiento/Cirugía/Médico tratante
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

8. Acuerdo del empleado - La firma es obligatoria.

Para que la inscripción tenga validez, usted debe firmar y anotar la fecha de la firma en este documento.

Entiendo que el patrocinador del Plan se basará en las respuestas brindadas más arriba para la emisión de la Descripción resumida del plan. Declaro que todas las afirmaciones contenidas en todo este formulario, ya sea en relación conmigo o mis dependientes, son correctas y precisas a mi real saber y entender. También declaro que no he retenido ni omitido información importante. Entiendo que si brindo declaraciones falsas respecto de hechos importantes o si no suministro información sobre mí o mis dependientes en forma intencional, cualquiera de estos hechos puede ser utilizado como fundamento para rescindir, terminar o modificar mi cobertura o la de mis dependientes. "Rescindir" significa que la cobertura nunca entró en vigor. Entiendo y acepto que el patrocinador del Plan no está obligado por ninguna declaración hecha por un agente, o a este, a menos que así se establezca aquí por escrito. Entiendo que ninguna cobertura entrará en vigor hasta la fecha especificada por el patrocinador del Plan en la Descripción resumida del plan. La fecha de entrada en vigor real puede no ser la fecha de entrada en vigor solicitada. Si estoy renunciando a los beneficios médicos para mí o mis dependientes, he leído toda la cláusula sobre renuncia (sección 2) y entiendo los requisitos de inscripción si solicito dichos beneficios más adelante. Autorizo a mi empleador a deducir las contribuciones necesarias para los beneficios. Me reservo el derecho a revocar esta autorización de deducción en cualquier momento, siempre que lo lleve a cabo por escrito. Los beneficios entrarán en vigor únicamente luego de que el patrocinador o administrador del Plan los apruebe, y siempre que se cumpla cualquier período de prueba. Para contribuir a la determinación de mi cobertura comprobable, autorizo a cualquier compañía de seguros, administrador externo u otro corredor o proveedor de beneficios de salud a entregar al administrador externo o al patrocinador del Plan certificados de cobertura comprobable y toda la información relacionada. Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, presente una solicitud de inscripción o un reclamo que contenga información esencialmente falsa puede ser declarada culpable de fraude, lo que constituye un delito, en un tribunal de justicia, y puede estar sujeta a multas y encarcelación. Esta solicitud de inscripción no se considerará completa a menos que se adjunten y completen todas las páginas.

Entiendo que la información contenida en esta solicitud de inscripción tiene validez por un máximo de 90 días desde la fecha de la firma.

Firma de la persona inscrita _____ Fecha (requerida) ____/____/____

Si el firmante de este documento es un representante de la persona inscrita, indique la autoridad del representante para actuar en nombre de la persona inscrita:

9. Autorización para divulgar información médica para la inscripción - La firma es obligatoria.

Entendemos la importancia de preservar la privacidad de su información personal y médica, así como la de sus dependientes. Para evaluar y ofrecer su cobertura, es posible que, algunas veces, debamos compartir esta información —según lo permitido por la ley y conforme a la autorización que brinda más abajo— con proveedores de atención de salud, aseguradoras, organizaciones de apoyo sobre seguro, planes de salud, el administrador del programa Protect Plans o su agente de seguros.

Por el presente documento autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, clínica, centro de la Administración de Veteranos, otro centro médico o médicamente relacionado, compañía de seguros o reaseguros, farmacia, administrador de beneficios de farmacia, plan de salud o agencia de informes del consumidor que cuente con información disponible respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de cualquier afección física o mental (incluido el abuso de drogas o alcohol), u otro tratamiento relacionado conmigo o mis hijos menores; o que cuente con cualquier otra información de índole no médica sobre mí o mis hijos menores, a divulgar al administrador externo, cualquier otra compañía de seguros de exceso de pérdidas designada por el Plan, o su representante legal, y cualquier otra información relacionada con esto según se requiera para determinar la elegibilidad para los beneficios. También entiendo que, para ser elegibles para los beneficios, mis dependientes de edad legal pueden estar obligados a firmar un formulario similar de divulgación de registros médicos a los fines de determinar la precisión de las declaraciones realizadas por mí en esta solicitud de inscripción y para la determinación final de la elegibilidad para los beneficios brindados por el Plan. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización en cualquier momento. Entiendo que cualquier información que sea divulgada conforme a esta autorización puede ser redivulgada, y que ya no estará cubierta por las reglas federales que rigen la privacidad y confidencialidad de la información de salud. Entiendo que una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original, y que esta autorización tendrá validez por dos años y medio contados a partir de la fecha que figura más abajo. Entiendo que la información obtenida mediante el uso de esta autorización puede ser utilizada por el patrocinador del Plan, el administrador externo, director del programa Protect Plans y cualquier compañía de seguros de exceso de pérdida designada por el Plan para determinar mi elegibilidad o la de mis dependientes para la cobertura de salud y para los beneficios brindados por un plan existente. Ninguna parte de la información obtenida será divulgada a ninguna persona u organización, excepto a compañías de reaseguro u otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales relacionados con mi inscripción en la cobertura, por cualquier reclamo, fines de administración médica o según se requiera legítimamente de otra manera, o conforme a una autorización futura otorgada por mí. También entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya se haya divulgado teniendo en cuenta esta autorización.

Al firmar esta solicitud de inscripción en el presente documento, usted indica su aceptación de estos términos de privacidad y la autorización de la divulgación permitida, como fueron descritos.

Firma de la persona inscrita _____ Fecha (requerida) ____/____/____

Si el firmante de este documento es un representante de la persona inscrita, indique la autoridad del representante para actuar en nombre de la persona inscrita:
