



**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PLAN DE SALUD
AUTOFINANCIADO POR EL EMPLEADO**



PARA INSCRIPCIONES MÉDICAS DE 50+ SOLAMENTE

Se puede fotocopiar o duplicar. Llene con un bolígrafo y firme con sus iniciales cualquier modificación.

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO					ESTADO CIVIL		PARA USO ADMINISTRATIVO EXCLUSIVAMENTE		
DIRECCIÓN			CORREO ELECTRÓNICO					CASE NO.	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área)				EMPLOYEE NO.	
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO		ESTATURA		PESO		FUMADOR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		CLASS
FECHA EN QUE EMPEZÓ A TIEMPO COMPLETO (mm/dd/aa)				NÚMERO DE SEGURO SOCIAL				EFFECTIVE DATE	
EMPLEADO POR		TELÉFONO DEL EMPLEADOR (incluya el código de área)			PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE			OCC YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
UBICACIÓN DEL EMPLEADOR – DIRECCIÓN			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		MHX EMPLOYEE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OCUPACIÓN Y DEBERES					MEJOR HORA PARA CONTACTARLO (si el administrador requiere información adicional)				
<input type="checkbox"/> SOY <input type="checkbox"/> NO SOY PROPIETARIO, SOCIO O REPRESENTATE CORPORATIVO									
Solicito cobertura para (marque uno): <input type="checkbox"/> MÍ SOLAMENTE <input type="checkbox"/> MÍ Y MI CÓNYUGE <input type="checkbox"/> MÍ Y MI(S) HIJO(S) <input type="checkbox"/> MÍ, MI CÓNYUGE E HIJO(S)									

RENUNCIA A COBERTURA DE DEPENDIENTES

Si usted tiene dependientes (cónyuge y/o hijos) y no los está inscribiendo a **todos**, complete lo siguiente:

NO ESTOY INSCRIBIENDO A MI (marque una o ambas): **CÓNYUGE** **HIJO(S)**

PORQUE (marque una casilla): Tiene(n) cobertura de otro plan de salud colectivo/individual Otro (explique) _____

Entiendo que tengo derecho a inscribir a mis dependientes en este momento. En forma voluntaria rechazo inscribir a mis dependientes y no he sido inducido o presionado por nadie para rechazar dicha cobertura. Entiendo que si no inscribo a mis dependientes en este momento, y ellos no tienen otra cobertura esencial mínima, su derecho a inscribirse en el futuro puede estar restringido, con una demora en la fecha efectiva de cobertura.

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES Complete para cada dependiente que será inscrito (use hojas adicionales de ser necesario).								PARA USO ADMINISTRATIVO EXCLUSIVAMENTE	
NOMBRES DE DEPENDIENTES	PARENTESCO	SEXO	ESTATURA	PESO	FUMADOR	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	MHX DEPENDENT	
1.					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
2.					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
3.					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
4.					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
5.					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

Use un bolígrafo para completar la información en todas las páginas. Firme y coloque la fecha en la última página.

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN MÉDICA

Esta información es obligatoria. Cualquier representación falsa de datos materiales u omisiones podría dar por resultado la suspensión de su cobertura y podría constituir fraude. Por favor responda de manera completa.

Por favor marque "SÍ" or "NO" en cada punto y escriba detalles en el espacio provisto para cada respuesta "SÍ" que marque.

1. En los últimos 5 años, ¿a alguna persona que esté solicitando cobertura le ha diagnosticado o le ha tratado un proveedor médico un cáncer, leucemia, enfermedad de Hodgkin, cirrosis, hepatitis C, esclerosis múltiple, trastornos mentales/nerviosos, enfermedades o defectos congénitos de nacimiento, trasplantes de órganos o de otro tipo, hemofilia, VIH/SIDA, trastornos inmunitarios, trastornos óseos/de articulaciones/de columna vertebral, enfermedades del hígado, riñón, pulmones, sistema circulatorio/corazón, o ha incurrido la persona en reclamaciones médicas que hayan excedido los \$5000 en algún año? SÍ NO

2. ¿Se encuentra actualmente la persona que está solicitando cobertura embarazada, discapacitada, en tratamiento por alguna condición médica o a la espera de un tratamiento médico (incluyendo una cirugía) en el próximo año? SÍ NO

Utilice este espacio para proporcionar detalles de cualquier respuesta "SÍ".

Persona	Escriba las condiciones médicas y/o los tratamientos específicos. Incluya los tratamientos o cirugías que se anticipa recibir.	Fechas de tratamiento	Medicamentos y dosis	Estado de recuperación

3. ¿Está **ACTUALMENTE** alguna persona que esté solicitando cobertura tomando medicamentos? Escriba los detalles directamente abajo. SÍ NO

Persona	Nombre del medicamento	¿Es receta genérica? Sí o No	Dosis y frecuencia de uso	Fecha en que se tomó por última vez	Razón de la receta

Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel aparte – firme y anote la fecha en las páginas adicionales y adjúntelas.

4. Si mi empleador ha seleccionado un plan que reembolsa a los proveedores que usen un programa de tarifas basado en Medicare, entiendo que es posible que algunos proveedores no acepten esto como el pago total y que puedan decidir enviarme una factura por los montos que no pague este plan. Ratificado No corresponde

Use un bolígrafo para completar la información en todas las páginas. Firme y coloque la fecha en la última página.

SECCIÓN 3 – DECLARACIÓN Y FIRMA DEL EMPLEADO

POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO: Solicito la inscripción en el plan de salud colectivo autofinanciado (Plan), establecido y mantenido por mi empleador (Empleador) para sus empleados elegibles y sus dependientes elegibles; afirmo que soy un empleado elegible del Empleador; afirmo que mis declaraciones y respuestas a las preguntas en este formulario son verdaderas y completas a mi leal saber y entender; y autorizo al Empleador a descontar cualquier contribución requerida del Plan de mi salario.

RATIFICO ADEMÁS Y ENTIENDO QUE: Éste no es un plan de beneficios asegurados; todos los beneficios del Plan son autofinanciados (autoasegurados) por el Empleador; el Empleador es el único responsable de todos los pagos del beneficio; la cobertura no será efectiva hasta que el Plan apruebe este formulario de inscripción; los beneficios del Plan están disponibles solamente si la persona está cubierta bajo el Plan y si éste ha recibido todas las contribuciones requeridas para dicha cobertura; si he renunciado a la cobertura de un dependiente, también renuncio a todas las reclamaciones de los beneficios de ese dependiente bajo el Plan, y si decido inscribir a esa persona en una fecha posterior, la fecha efectiva de cobertura para mi dependiente podría retrasarse. Una descripción completa de los beneficios de gastos médicos bajo el Plan se encuentra en la descripción abreviada del Plan, que resume el documento oficial del Plan; el agente que presenta esta inscripción carece de autoridad para cambiar el formulario de inscripción, aprobar la cobertura del Plan, alterar los términos del Plan o ajustar las reclamaciones; el Empleador ha delegado ciertos actos, deberes y responsabilidades administrativos ministeriales y no fiduciarios del Plan a Allied National, Inc., una tercera parte administradora autorizada (Allied); sin embargo, el Empleador patrocinador sigue siendo el patrocinador del Plan, fiduciario del Plan, administrador del Plan y el fideicomisario del Plan y es responsable de todas las determinaciones de cobertura y de los pagos de los beneficios; Allied no asegura el Plan y no es responsable por el financiamiento de los pagos del beneficio; mis declaraciones y respuestas en este formulario de inscripción serán las bases para aprobar la cobertura del Plan y cualquier representación falsa material u omisión podría resultar en un aumento de las tasas de contribución del Plan o en la suspensión de mi cobertura; cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presente un formulario de inscripción, o una reclamación, que contenga una declaración falsa material, o que omita información falsa material, puede ser declarada culpable de fraude en un tribunal de justicia.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIALES: Si usted adquiere un nuevo dependiente por razones de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que él/ella pueda inscribirse sin demora ni sanción si usted solicita la inscripción dentro de 31 días (del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción); si rechaza la inscripción de algún dependiente (incluido su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura de seguro colectiva, y ese dependiente posteriormente deja de ser elegible para esa otra cobertura (o el otro empleador deja de contribuir para esa cobertura), es posible que él/ella pueda inscribirse sin demora o sanción, si solicita la inscripción dentro de 31 días de la inelegibilidad o interrupción de las contribuciones del empleador; si rechaza la inscripción de algún dependiente (incluido su cónyuge) debido a una cobertura bajo Medicaid o un plan de salud estatal para niños, y esa cobertura del dependiente posteriormente se suspende debido a inelegibilidad, es posible que él/ella pueda inscribirse sin demora o sanción, si solicita la inscripción dentro de 60 días de la interrupción de la cobertura; si rechaza la cobertura de algún dependiente (incluso su cónyuge) y ese dependiente posteriormente es elegible para un subsidio de ayuda con las primas de Medicaid o de un plan de salud estatal para niños, es posible que él/ella pueda inscribirse sin demora o sanción, si solicita la inscripción dentro de 60 días de la elegibilidad para el subsidio. Para solicitar una inscripción especial, comuníquese con el Empleador o con Allied Client Services al teléfono 800-825-7531.

AVISO DE INFORMACIÓN PERSONAL: Según lo requiere la ley, este aviso tiene la intención de informarle que 1) Se puede obtener información personal de terceros; 2) Dicha información, al igual que otra información personal o privilegiada que recopile el plan de salud o su representante legal, puede ser en ciertas circunstancias, según lo exija la ley, divulgada a otras terceras partes sin su autorización previa; 3) Usted tiene derecho a acceder a y corregir la información recopilada; 4) Su derecho a acceder a la información no incluye la información que se relaciona con y que es recopilada en relación a un reclamo o proceso civil o criminal, o en anticipación razonable a éstos; 5) Proporcionaremos un aviso más detallado de las prácticas de información a petición.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo la divulgación de la información personal no pública y de la información de salud protegida individualmente identificable mía (y de mi(s) dependiente(s), de ser aplicable), lo que incluye, entre otros, la situación laboral, otra cobertura médica, diagnóstico, pronóstico, tratamiento o cuidado médico y condiciones físicas o mentales (incluida la dependencia de alcohol o drogas), por parte de cualquier médico, practicante médico, hospital, otra institución médica relacionada, compañía de seguros, empleador o plan de beneficios que tenga dicha información, al plan de salud o a su representante legal, agente o vendedor, con el fin de procesar inscripciones y reclamaciones. Reconozco y acepto que esta autorización será válida por dos (2) años; que puedo revocarla por escrito en cualquier momento; que puedo solicitar una copia de esta autorización; que mi inscripción depende de mi firma en esta autorización, pero no el procesamiento de reclamaciones; que esta autorización constituirá en sí misma un documento, separado de la solicitud; que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original; que cualquier documento o información divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada nuevamente y tal vez ya no estará protegida por las leyes de privacidad estatales y federales; y que estoy autorizado para actuar como el representante personal de mi(s) dependiente(s) (si se solicita cobertura para dependientes).

Firma del empleado X _____ Fecha _____