

Puede fotocoparse o duplicarse para su uso. Escriba con tinta y ponga sus iniciales en cualquier alteración.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO				ESTADO CIVIL		Solo para uso ADMINISTRATIVO	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			CORREO ELECTRÓNICO			N.º DE CASO	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área)			N.º DE EMPLEADO
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	ALTURA	PESO	FUMADOR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		TIPO	
FECHA DE INICIO A TIEMPO COMPLETO (mm/dd/aa)			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	
EMPLEADO POR		TELÉFONO DEL EMPLEADOR (incluya el código de área)		N.º PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE		OCC SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
UBICACIÓN DEL EMPLEADOR - DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	EMPLEADO DE MHX SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OCUPACIÓN Y DEBERES				MEJOR MOMENTO PARA CONTACTARLO (si el administrador requiere información adicional)			
<input type="checkbox"/> SOY <input type="checkbox"/> NO SOY UN PROPIETARIO, SOCIO O FUNCIONARIO DE LA EMPRESA							
Me estoy inscribiendo para (marque uno): <input type="checkbox"/> SOLO YO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE Y YO <input type="checkbox"/> HIJOS Y YO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE, HIJOS Y YO							

EXENCIÓN DE DEPENDIENTES

Si tiene dependientes (cónyuge o hijos) y no los está inscribiendo a **todos**, por favor responda a lo siguiente:

NO VOY A INSCRIBIR A (marque uno o ambos):

CÓNYUGE HIJOS

PORQUE (marque uno): Está cubierto por otro plan de médico grupal/individual Otro (explique) _____

Entiendo que tengo derecho a inscribir a mis dependientes en este momento. Me estoy negando voluntariamente a inscribir a mis dependientes y no nadie me indujo o presionó para rechazar dicha cobertura. Entiendo que si no inscribo a mis dependientes en este momento, y ellos no tienen otra cobertura calificada, su derecho a inscribirse en el futuro puede verse restringido, con una fecha de vigencia retrasada.

INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES

Complete para cada dependiente que vaya a inscribir (use una hoja adicional si es necesario).

INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES								Solo para uso administrativo
NOMBRES DE LOS DEPENDIENTES	RELACIÓN	SEXO	ALTURA	PESO	FUMADOR	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	DEPENDIENTE DE MHX
1.					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
3.					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN MÉDICA

Esta información es necesaria. Cualquier tergiversación u omisión material puede dar lugar a la cancelación de su cobertura y puede constituir fraude. Por favor, conteste completamente.

Marque "SÍ" o "NO" en cada pregunta y proporcione detalles para todas las respuestas "SÍ" en el espacio correspondiente.

1. En los últimos 5 años, ¿alguien que se haya inscrito en la cobertura ha sido diagnosticado o tratado por un proveedor médico para cáncer, leucemia, enfermedad de Hodgkin, cirrosis, Hepatitis C, esclerosis múltiple, trastornos mentales/nerviosos, defectos o enfermedades congénitos de nacimiento, trasplantes de órganos u otros, hemofilia, VIH/SIDA, trastornos inmunológicos, trastornos de los huesos, articulaciones y columna vertebral, enfermedades del hígado, riñón, pulmones, corazón y circulación o ha incurrido en reclamaciones médicas por más de \$5,000 en cualquier año? SÍ NO
2. ¿Alguien que se está inscribiendo para la cobertura actualmente está embarazada, discapacitado, en tratamiento para una condición médica o en espera de un tratamiento médico (incluida la cirugía) en el próximo año? SÍ NO

Use este espacio para dar información de cualquier respuesta afirmativa.

Persona	Enumere los padecimientos médicos y los tratamientos específicos. Incluya cualquier tratamiento o cirugía previstos.	Fechas de tratamiento	Medicamentos y dosis	Estado de la recuperación

3. ¿Alguien que se está inscribiendo para la cobertura **ACTUALMENTE** toma medicamentos? Introduzca la información directamente abajo..... SÍ NO

Persona	Nombre del medicamento	¿Receta genérica? Sí o no	Dosis y frecuencia de uso	Fecha que lo tomó por última vez	Razón de la receta

Si se necesita más espacio, use una hoja de papel separada: firme, ponga la fecha y adjunte las páginas adicionales.

SECCIÓN 3. DECLARACIÓN Y FIRMA DEL EMPLEADO

POR LA PRESENTE: Solicito la inscripción en el Plan Médico Grupal (Plan) autofinanciado establecido y mantenido por mi empleador (Empleador) para sus empleados elegibles y sus dependientes elegibles; declaro que soy un empleado elegible del Empleador; declaro que mis declaraciones y respuestas a las preguntas de este formulario de inscripción son verdaderas y están completas a mi leal saber y entender; y autorizo al Empleador a deducir de mis ganancias cualquier contribución requerida al Plan.

ADEMÁS, RECONOZCO Y ENTIENDO: No se trata de un plan de beneficios asegurado; todos los beneficios del Plan son autofinanciados (autoasegurados) por el Empleador; el Empleador es el único responsable de todos los pagos de beneficios; la Cobertura no entra en vigencia hasta que el Plan apruebe este formulario de inscripción; los beneficios del Plan están disponibles solo si una persona está cubierta por el Plan y el Plan ha recibido todas las contribuciones requeridas para dicha cobertura; si he renunciado a la cobertura de un dependiente, también renuncio a todas las reclamaciones del Plan por beneficios para ese dependiente, y si dereclamocido inscribir a esa persona en una fecha posterior, la fecha de entrada en vigencia para mi dependiente puede retrasarse. La descripción completa de los beneficios de gastos médicos del Plan aparece en la Descripción resumida 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 administrativos ministeriales no fiduciarios, deberes y responsabilidades del Plan en Allied National, LLC, administrador de terceros con licencia (Allied); sin embargo, el Empleador patrocinador sigue siendo el patrocinador del Plan, el fiduciario del Plan, el administrador del Plan y el fideicomisario del Plan y es responsable de todas las determinaciones de cobertura y pagos de beneficios. Allied no asegura el Plan y no es responsable de financiar los pagos de beneficios. Mis declaraciones y respuestas en este formulario de inscripción serán la base para aprobar la cobertura del Plan y cualquier tergiversación u omisión material puede causar un aumento de las tasas de contribución al Plan o la cancelación de mi cobertura. Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, presente un formulario de inscripción o presente una reclamación que contenga una declaración materialmente falsa u omita información materialmente falsa, podrá ser declarada culpable de fraude en un tribunal de justicia.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN: Si adquiere un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirlo sin demora ni penalización si solicita la inscripción dentro de los 31 días (del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción). Si rechaza la inscripción de cualquier dependiente (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro plan médico o seguro de grupo, y ese dependiente posteriormente deja de ser elegible para la otra cobertura (o el empleador deja de contribuir a esa cobertura), podrá inscribirlo sin demora o multa si usted solicita la inscripción dentro de los 31 días de la inelegibilidad o la terminación de las contribuciones del empleador. Si usted rechaza la inscripción de cualquier dependiente (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de Medicaid o de un plan estatal médico infantil, y la cobertura de ese dependiente se termina posteriormente debido a la falta de elegibilidad, podrá inscribirlo sin demora o multa si solicita la inscripción dentro de los 60 días de la terminación de la cobertura. Si usted rechaza la inscripción de cualquier dependiente (incluido su cónyuge) y ese dependiente posteriormente es elegible para un subsidio de asistencia para las primas de Medicaid o de un plan estatal de salud infantil, podrá inscribirlo sin demora o multa si usted solicita la inscripción dentro de los 60 días de elegibilidad para el subsidio. Para solicitar una inscripción especial, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente del Empleador o de Allied al 800-825-7531.

AVISO DE INFORMACIÓN PERSONAL: Como lo exige la ley, este aviso tiene por objeto informarle que:

- 1) Se puede recopilar información personal de terceros. 2) Dicha información, así como otra información personal o privilegiada recopilada por el plan médico o su representante legal, puede ser en ciertos casos, según lo prescrito por la ley, divulgada a otros terceros sin su autorización previa. 3) Usted tiene el derecho de consultar y corregir la información recopilada. 4) Su derecho de consulta no incluye ninguna información que se relacione y se recopile en relación con reclamaciones o procedimientos civiles o penales. 5) Proporcionaremos un aviso más detallado de las prácticas de información a petición.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo la divulgación de toda la información personal no pública y la información médica protegida identificable individualmente respecto de mí (y mis dependientes, si corresponde), incluyendo pero sin limitarse a la situación laboral, otra cobertura del plan médico, diagnóstico, pronóstico, tratamiento o cuidado médico y padecimientos físicos o mentales (incluyendo dependencia de alcohol y drogas), por parte de cualquier médico, practicante médico, hospital, otro centro médico relacionado, compañía de seguros, empleador o plan de beneficios que tenga dicha información, al plan médico o a su representante legal, agente o vendedor, con el fin de procesar la inscripción y las reclamaciones. Esta información médica o de salud puede incluir información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales, alcohol y consumo de drogas. Esto también puede incluir información sobre el diagnóstico, el tratamiento y los resultados de las pruebas relacionadas con el VIH, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, a menos que la ley estatal lo prohíba. 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 la inscripción, pero no el trámite de las reclamaciones, está condicionada a que yo firme esta autorización; que esta autorización se utilizará como documento propio, separado del formulario de inscripción; que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original; que cualquier documentación o información divulgada en virtud de esta autorización podrá ser divulgada nuevamente y ya no estará cubierta por las leyes de privacidad federales o estatales; y que tengo autoridad para actuar como representante personal de mis dependientes (si solicito cobertura para dependientes).

Firma del empleado X _____ Fecha _____