



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



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				NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		ESTADO CIVIL		SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO		
DIRECCIÓN			CORREO ELECTRÓNICO						N.º DE CASO	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área)		MEJOR HORA PARA LLAMAR		N.º DE EMPLEADO		
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO		ESTATURA	PESO		FUMADOR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		CLASE		
FECHA EN QUE EMPEZÓ A TIEMPO COMPLETO (mm/dd/aa)		OCUPACIÓN Y TAREAS			PROM. DE CANT. DE HORAS SEMANALES DE TRABAJO		FECHA DE VIGENCIA			
EMPLEADO POR			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		OCC SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> SOY <input type="checkbox"/> NO SOY PROPIETARIO, SOCIO O REPRESENTANTE CORPORATIVO								EMPLEADO Y DEPENDIENTES DE MHX SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Solicito cobertura para (marque uno): <input type="checkbox"/> YO SOLO/A <input type="checkbox"/> YO Y MI CÓNYUGE <input type="checkbox"/> YO Y MI(S) HIJO(S); <input type="checkbox"/> YO, MI CÓNYUGE Y MI(S) 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 de vigencia de cobertura.

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES Complete para cada dependiente que será inscrito (use hojas adicionales de ser necesario).

NOMBRES DE LOS DEPENDIENTES	M/F	PARENTESCO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	ESTATURA	PESO	FUMADOR/A	CORREO ELECTRÓNICO Y NÚMERO DE TELÉFONO (para el cónyuge y los dependientes de 18 años de edad y mayores)
1.	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
2.	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
3.	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
4.	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/> SÍ <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 importantes u omisiones podría dar por resultado la suspensión de su cobertura y podría constituir fraude. Responda de manera completa.

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

1. En los últimos 5 años, a usted o a alguien que está solicitando cobertura se le ha diagnosticado, ha consultado o recibido tratamiento o medicamentos para:

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>		<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Cerebro o sistema nervioso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes o glucosa en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno endocrino o suprarrenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno digestivo/gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hígado, páncreas o riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mamas u órganos reproductivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos autoinmunitarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón o sistema circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la espalda o la columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho o accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (excluyendo el de células basales o carcinoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema, tuberculosis o enfermedad pulmonar obstructiva crónica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple o fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrosis o hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH o SIDA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia o enfermedad de Hodgkin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anomalías congénitas de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

2. ¿Alguno de los solicitantes de cobertura está incapacitado o en alguna manera no es capaz de desempeñar las actividades normales de la vida cotidiana o de cuidado propio, o está a la espera de una cirugía u otro tratamiento médico? SÍ NO
3. ¿Está usted o uno de sus dependientes (ya sea que se esté inscribiendo para cobertura o no) embarazada, presenta complicaciones o recibe análisis o tratamiento por infertilidad? SÍ NO
4. Durante los últimos 5 años, ¿alguna de las personas que solicita cobertura ha visitado a un médico, ha realizado una consulta médica, se ha sometido a cirugía o se tuvo que hospitalizar por alguna afección que no se haya mencionado previamente? SÍ NO

Utilice este espacio para proporcionar detalles de cualquier respuesta "SÍ" a las preguntas 1 a la 4. Si tiene presión arterial alta, incluya las últimas 3 lecturas de la presión arterial.

Persona	Escriba las afecciones médicas y/o los tratamientos específicos. Incluya los tratamientos o cirugías a los que tiene programado someterse.	Fechas de tratamiento	Medicamentos y dosis	Estado de recuperación

5. ¿Alguna persona que esté solicitando cobertura está actualmente tomando medicamentos? (escriba los detalles directamente abajo). SÍ NO

Persona	Nombre del medicamento	¿Es receta genérica? Sí o No	Dosis y frecuencia de uso	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.

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 parcialmente autofinanciado (en adelante, el "Plan"), establecido y mantenido por mi empleador (en adelante, el "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: Este 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 tendrá vigencia 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 este 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 de vigencia 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 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 importante u omisión podría causar 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 importante, o que omita información falsa importante, 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 entrega en adopción, es posible que él/ella pueda inscribirse sin demora ni sanción si usted solicita la inscripción en el plazo de 31 días (del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción); si rechaza la inscripción de algún dependiente (incluso 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 en el plazo de 31 días de la inelegibilidad o interrupción de las contribuciones del empleador; si rechaza la inscripción de algún dependiente (incluso 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 en el plazo 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 en el plazo 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 un reclamo o proceso civil o criminal, o que es recopilada en relación con dicho reclamo o proceso, o en anticipación razonable a estos; 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), si corresponde), lo que incluye, entre otros, la situación laboral, otra cobertura médica, diagnóstico, pronóstico, tratamiento o cuidado médico y afecciones físicas o mentales (incluida la dependencia de alcohol o drogas), por parte de cualquier médico, profesional 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 proveedor, 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 del formulario de 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 se puede divulgar nuevamente y tal vez ya no estará protegida por las leyes de privacidad estatales o 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 _____

Firma del cónyuge **X** _____ Fecha _____

DEVUELVA LA TARJETA DE INSCRIPCIÓN A ALLIED NATIONAL • UNDERWRITING • P.O. BOX 29187 • SHAWNEE MISSION, KS 66201-9187
Las copias electrónicas de esta tarjeta de inscripción enviadas por fax, correo electrónico u otro medio electrónico se consideran documentos originales.