



INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO EN EL PLAN DE SALUD FINANCIADO POR NIVELES

Puede ser fotocopiado o duplicado para su uso. Escriba con tinta y ponga sus iniciales en cualquier alteración.

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO				NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		ESTADO CIVIL		SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO			
DIRECCIÓN DE CASA				CORREO ELECTRÓNICO						CASO NO.	
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO (incluya el código de área)		LA MEJOR HORA PARA LLAMAR		EMPLEADO NO.	
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO		ALTURA		PESO		CONSUMO DE TABACO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			TIPO	
HORAS PROMEDIO QUE TRABAJA SEMANALMENTE		OCUPACIÓN Y TAREAS				FECHA DE INICIO A TIEMPO COMPLETO (mm/dd/aa)			FECHA EN VIGOR		
EMPLEADO POR				CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		OCC <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SOY <input type="checkbox"/> NO SOY PROPIETARIO, SOCIO NI FUNCIONARIO CORPORATIVO										EMPLEADO DE MHX Y DEPENDIENTES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Me estoy inscribiendo para (marque uno): <input type="checkbox"/> SOLAMENTE PARA MI <input type="checkbox"/> YO Y MI CÓNYUGE <input type="checkbox"/> YO Y MIS HIJOS <input type="checkbox"/> YO, CÓNYUGE E HIJOS											

RENUNCIA 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):

CÓNÝUGE HIJO(S)

PORQUE (marque uno) Están cubiertos por otro plan médico grupal o 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 he sido alentado 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 calificada, su derecho a inscribirse en el futuro puede verse restringido, con una fecha de vigencia retrasada.

INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES

Responder por cada dependiente que vaya a inscribir. (utilice hojas adicionales si es necesario).

NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES	M/F	RELACIÓN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	ALTURA	PESO	CONSUMO DE TABACO	CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO (para cónyuges y dependientes mayores de 18 años)
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN MÉDICA

Esta información es obligatoria. Cualquier tergiversación u omisión material puede dar lugar a la cancelación de su cobertura y puede constituir fraude. Conteste a todas las preguntas.

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, usted o alguien que se inscriba en la cobertura ha tenido un diagnóstico o una consulta, un tratamiento o un medicamento para alguno de los siguientes padecimientos?
- | | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> | | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Cerebro o sistema nervioso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes o azúcar en la orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trastorno endocrino o suprarrenal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno digestivo o 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 autoinmunes | <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 derrame cerebral..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoide..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer (excluyendo células basales o carcinoma).... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema, tuberculosis o crónico/a..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de los músculos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad pulmonar obstructiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirrosis o hepatitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esclerosis múltiple o fibrosis quística..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leucemia o enfermedad de Hodgkin..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemofilia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Defectos congénitos de nacimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
2. ¿Alguien que se inscribe en la cobertura está incapacitado, de alguna manera no puede realizar las actividades normales de la vida diaria o de su cuidado propio o espera una cirugía u otro tratamiento médico? SÍ NO
3. ¿Está usted o algún dependiente (ya sea que se inscriba o no en la cobertura) actualmente embarazada, experimentando alguna complicación, o que se esté sometiendo actualmente a pruebas o tratamiento de infertilidad? SÍ NO
4. ¿Durante los últimos 5 años, alguien que se haya inscrito en la cobertura ha visitado a un médico, ha tenido una consulta médica, se ha operado o ha sido hospitalizado por algún padecimiento no indicado anteriormente? SÍ NO

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

Padecimientos médicos. Responda a las condiciones médicas de cada persona (si necesita espacio adicional vaya a la última página).

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

5. ¿Actualmente está tomando medicamentos alguien que se esté inscribiendo en la cobertura? (En caso afirmativo, introduzca los detalles directamente abajo) SÍ NO

Información médica. Responda a la información de medicamentos de cada persona (si necesita espacio adicional vaya a la última página).

Persona	Nombre del medicamento	¿Receta genérica? Sí o no	Dosis y frecuencia de uso	Razón de la receta

SECCIÓN 3. DECLARACIÓN Y FIRMA DEL EMPLEADO

POR LA PRESENTE: Solicito la inscripción en el Plan de Salud Grupal (Plan) financiado por niveles, establecido y mantenido por mi empleador (Empleador) para sus empleados elegibles y sus dependientes elegibles. Declaro que soy empleado elegible del Empleador. Afirmo que mis declaraciones y respuestas a las preguntas en este formulario de inscripción son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Autorizo al Empleador a deducir de mis ingresos cualquier contribución requerida para el Plan.

ADEMÁS, RECONOZCO Y ENTIENDO: Que no se trata de un plan de beneficios asegurados; que todos los beneficios del Plan son autofinanciados (autoasegurados) por el Empleador; que el Empleador es el único responsable de todos los pagos de beneficios; que la cobertura no entra en vigor hasta que el Plan apruebe este formulario de inscripción; que los beneficios del Plan están disponibles sólo si una persona está cubierta por el Plan y si el Plan ha recibido todas las contribuciones requeridas para dicha cobertura; que si he renunciado a la cobertura de un dependiente, también renuncio a todos los reclamos del Plan por beneficios para ese dependiente, y si decido inscribir a esa persona en una fecha posterior, la fecha de entrada en vigor 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. 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).

Nombre del empleado _____ Fecha _____
(Escriba el nombre como autorización de la firma)

Cónyuge _____ Fecha _____
(Escriba el nombre como autorización de la firma)

Información adicional sobre los dependientes

NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES	M/F	RELACIÓN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	ALTURA	PESO	CONSUMO DE TABACO	CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO (para cónyuges y dependientes mayores de 18 años)
1.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
2.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
3.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
4.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

Padecimientos médicos adicionales

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

Información médica adicional

Persona	Nombre del medicamento	¿Receta genérica? Sí o no	Dosis y frecuencia de uso	Razón de la receta