

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

**SOLAMENTE para cobertura esencial mínima (MEC) preventiva y Cost Saver**

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

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO				ESTADO CIVIL		<b>PARA USO ADMINISTRATIVO EXCLUSIVAMENTE</b>
DIRECCIÓN			CORREO ELECTRÓNICO			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área)		EMPLOYEE NO.
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	ESTATURA		PESO		CLASS
FECHA DE CONTRATACIÓN/ELEGIBLE			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			EFFECTIVE DATE
EMPLEADO POR				PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE		OCC <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
OCUPACIÓN Y DEBERES			MEJOR HORA PARA CONTACTARLO (si el administrador requiere información adicional)			MHX EMPLOYEE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<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)						
Solicito cobertura para (marque uno): <input type="checkbox"/> SOLO COBERTURA AMBULATORIA <input type="checkbox"/> COBERTURA PARA PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS <input type="checkbox"/> PLAN DE VALOR MÍNIMO (MVP)						

## 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	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	MHX DEPENDENT
1.							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
2.							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
3.							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
4.							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
5.							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
6.							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

## DECLARACIÓN Y FIRMA DEL EMPLEADO

**POR LA PRESENTE:** Solicito inscripción en el Plan de salud colectivo autofinanciado (Plan) establecido y mantenido por mi empleador (Empleador) para sus empleados elegibles y dependientes elegibles; afirmo que soy un 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, y autorizo al Empleador a deducir de mi salario las contribuciones requeridas por el Plan.

Reconozco y he solicitado la inscripción en el plan de salud colectivo de mi empleador ("Plan del empleador") y comprendo lo siguiente:

- La cobertura bajo el plan de empleador está LIMITADA únicamente a los beneficios descritos en el panfleto del plan y en los Documentos de Resumen del Plan (SPD);
- Este plan NO ofrece cobertura para problemas médicos catastróficos; y
- Los beneficios ofrecidos por este plan tienen limitaciones específicas y excepciones, según se describe en el panfleto del plan y en los SPD.

**TAMBIÉN RECONOZCO Y COMPRENDO 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 del pago de todos los beneficios; la cobertura no será efectiva hasta que el Plan apruebe este formulario de inscripción; los beneficios del Plan están disponibles sólo si una persona tiene cobertura del Plan, y todas las contribuciones requeridas han sido recibidas por el Plan; si renuncié a la cobertura de un dependiente, también renuncio a todas las reclamaciones de beneficios del Plan para ese dependiente, y si decido inscribir a esa persona en una fecha posterior, la fecha efectiva de cobertura de mi dependiente puede retrasarse; en la descripción abreviada del plan, que resume el documento oficial del Plan, aparece una descripción completa de los beneficios de gastos médicos cubiertos por el 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 ciertas tareas, ocupaciones y responsabilidades no fiduciarias y administrativas del Plan a Allied National, Inc., un administrador externo autorizado (Allied); sin embargo, el Empleador patrocinador sigue siendo el patrocinador del Plan, fideicomiso del Plan, administrador del Plan y agente fiduciario 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 el pago de beneficios; la aprobación de la cobertura del Plan se basará en mis declaraciones y respuestas incluidas en este formulario de inscripción y cualquier inexactitud material u omisión podría resultar en un aumento de las tasas de contribución del Plan o en la terminación de mi cobertura; cualquier persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, presente un formulario de inscripción, o una reclamación, que contenga una declaración materialmente falsa, o que oculte información materialmente falsa, puede ser encontrada culpable de fraude en un tribunal legal.

**DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIALES:** Si usted tiene un nuevo dependiente por casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción, él/ella puede inscribirse sin demora o sanción, si solicita su inscripción dentro de los 31 días (del casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción); si rechaza inscribir a un dependiente (incluido/a su cónyuge) debido a otro plan de salud o cobertura por seguro colectivo, y posteriormente ese dependiente se vuelve no elegible para la otra cobertura (o el empleador interrumpe las contribuciones para esa cobertura), él/ella puede inscribirse sin demora o sanción, si usted solicita inscripción dentro de los 31 días de iniciada su no elegibilidad o de la interrupción de las contribuciones del empleador; si rechaza inscribir a un dependiente (incluido/a su cónyuge) debido a una cobertura de Medicaid o un plan estatal de seguro de salud para niños, y si posteriormente la cobertura de ese dependiente termina debido a no elegibilidad, él/ella puede inscribirse sin demora ni sanción, si solicita inscripción dentro de los 60 días de terminada la cobertura; si rechaza inscribir a un dependiente (incluido/a su cónyuge) y posteriormente ese dependiente se vuelve elegible para un subsidio de asistencia de primera calidad de Medicaid o un plan estatal de seguro de salud para niños, él/ella puede inscribirse sin demora o sanción, si solicita su inscripción dentro de los 60 días de 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 está destinado a informarle que 1) la información personal puede ser obtenida por terceros; 2) dicha información, así como otra información personal o privilegiada obtenida por el plan de salud o su representante legal, puede en ciertas circunstancias, según lo exija la ley, ser divulgada a terceros sin su autorización previa; 3) usted tiene derecho a acceder y corregir la información obtenida; 4) su derecho a acceder no incluye el acceso a la información que se relacione con alguna reclamación o procedimiento civil o penal, o que se obtenga en relación con tal reclamación o procedimiento o con una anticipación razonable a ellos; 5) si lo solicita le proporcionaremos un aviso más detallado de las prácticas de información.

**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 \_\_\_\_\_

3184s1221

**DEVUELVA LA TARJETA DE INSCRIPCIÓN A ALLIED NATIONAL • UNDERWRITING • P.O. BOX 29187 • SHAWNEE MISSION, KS 66201-9187 EE.UU.**

Las copias electrónicas de esta tarjeta de inscripción enviadas por fax, correo electrónico u otro medio electrónico se consideran documentos originales.