

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO
Cobertura Médica de Finanzas Compartidas

Nombre del empleador: _____	Ubicación del empleador (si más de uno) _____
-----------------------------	---

INFORMACIÓN DEL AFILIADO				
Apellido:	Nombre:	Iniciales:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
			<input type="checkbox"/> Soltero/a Altura: _____	
			<input type="checkbox"/> Casado/a Peso: _____	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Condado:	# de teléfono del hogar: _____ - _____ - _____		Número de seguro social del afiliado: _____ - _____ - _____	
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____	Ocupación:	Preferencia de idioma:	Sueldo anual:	Promedio de horas Trabajadas por semana:
Fecha de empleo a tiempo completo: ____ / ____ / _____	¿Eres un contratista independiente? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		\$	

OPCIONES DE PLAN AUXILIARES (Si esta ofrecido por su empleador):

Freedom Dental™
 Completamente asegurado Freedom Dental™ Selección del plan: \$1,000 \$1,500 \$2,000 \$2,500 La Red: PPO o EPO (seleccione una)
 Proveedor de redes: First Dental Health (por defecto) o Otro: _____

Prepagada DHMO / Western Dental®
 100% Autofinanciado Dental (debe completar la aplicación de empleador elegir)

Eagle Vision™
 100% Autofinanciado plan de Vision

RENUNCIA
(Por favor de completar si está declinando cobertura médica)

Seleccione todas las opciones que aplican: Renuncio a la cobertura médica para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño(s) Renuncio a la cobertura médica para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño(s) Renuncio a la cobertura médica para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño(s)	Razón por cual renuncia a la cobertura: _____ Cobertura calificativa _____ Otros _____
--	---

Si he renunciado a la cobertura para mí y/o mis dependientes (incluyendo a mi cónyuge) por otra cobertura de seguro de salud. En el futuro podre inscribirme a mí y/o a mis dependientes en la cobertura, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de 31 días después de que termina mi otra cobertura debido a la pérdida involuntaria de otra cobertura (divorcio, muerte, separación legal, terminación del empleo, la reducción en el número de horas de trabajo). Además, si tengo un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podre inscribir a mis dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de 31 días después de la fecha del evento. Además, entiendo que si se me considera un afiliado tardío, yo puedo ser rechazado de la cobertura, excluido de la cobertura durante un periodo de tiempo, o sujeto a limitaciones de condiciones preexistentes tal como se define y sea permitido por la ley, y puedo ser requerido a proporcionar, donde permitido por la ley, historial médico satisfactorio para el Plan de patrocinador o administrador, para mí y mis dependientes.

ELEGIBILIDAD Y OTRA INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Actualmente estás trabajando a tiempo completo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si no, explicar: _____ _____	¿Usted o algún miembro de la familia mantendrá otra seguridad en combinación a esta? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N En caso afirmativo, lista de miembros de la familia: _____
Anote el nombre de las otras seguranzas y los números de póliza: _____	Lista de los miembros de la familia cubiertos por Medicare y su fecha de vigencia: _____

COBERTURA Y INFORMACIÓN DE SOLICITUD DE CAMBIO

Nivel de cobertura: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Empleado/cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/niño(s)	Nombre del plan médico que usted ha seleccionado: _____ Nombre de la red de PPO: _____
Solicitud de cambio: <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Regresar a la escuela a tiempo completo <input type="checkbox"/> Orden de la corte	
Fecha del evento (usted puede ser requerido a proporcionar pruebas del evento): ____ / ____ / ____ ** Adjunte una declaración escrita y firmada por el empleador solicitando una fecha de vigencia. Fecha de vigencia no puede ser garantizada.	

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

(Sólo para quienes soliciten la cobertura)

Nombre & M. I. (el apellido si es diferente)	Género	Fecha de nacimiento	Altura	Peso	Número de Seguro Social.	Nombre del médico de cabecera
Cónyuge:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /			/ /	
Niño:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /			/ /	
Niño:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /			/ /	
Niño:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /			/ /	

INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA

1. S N ¿Está usted o alguno de sus dependientes discapacitados, confinados al hospital, o embarazada?
Si embarazada, fecha probable del parto: ___/___/___
¿Si está embarazada, estás esperando un parto múltiple / complicaciones / o una cesárea? S N
2. S N Usted o cualquier dependiente elegible ha utilizado productos de tabaco en los últimos 12 doce meses?
3. S N ¿Son usted o cualquier dependiente elegible recibir el tratamiento tomando medicación reciben seguimiento cuidado; programados para o esperando resultados de los análisis, las biopsias, procedimientos o Análisis de Laboratorio; ha aconsejado a una prueba; o sido advertida de una condición que requiere atención en el próximos veinticuatro (24) meses?
4. S N ¿En los últimos cinco (5) años, usted o cualquier dependiente elegible para ser asegurado a tenido algún síntoma, diagnóstico, consulta, análisis, tratamiento, atención de seguimiento, o se toma algún medicamento o a recibido asesoramiento para:

a	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Diabetes	j	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Abuso de Alcohol/Drogas Trastorno Mental
b	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Trastorno Renal	k	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Corazón Arterial/Vascular/Hipertensión
c	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Esterilidad	l	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Defectos de nacimiento/Trastorno congénitos
d	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Trastorno Neurológico	m	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Derrame Cerebral
e	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Trastorno de Artritis/Espalda/Coyunturas	n	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Trasplantes de órganos/Tejidos
f	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Cáncer, Tumor	o	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Trastorno respiratorio/Pulmonar
g	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Trastorno Hepático, Hepatitis	p	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Trastornos del sistema Inmunológico
h	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Lupus sistémico/Esclerosis Múltiple	q	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
i	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Intestinal/Digestive Disorder						Complejo relacionado al SIDA (CRS)/VIH

Por favor proporcionar datos de respuestas "Sí", incluyendo información sobre la última visita de médico o examen físico y los medicamentos que se toman (Adjunte páginas adicionales si es necesario con firma y fecha).

Pregunta/Carta	Nombre	Enfermedad/Discapacidad	Fechas de Tratamientos	Medicamentos/Tratamiento/Cirugía/Médicos encargados del Tratamiento

ACUERDO DEL EMPLEADO – FIRMA REQUERIDA

* Para ser una inscripción válida, se requiere su firma y la fecha en que firmo.

Entiendo que las respuestas anteriores serán invocadas por el Patrocinador del Plan en la emisión de una descripción resumida del plan. Declaro que todas las declaraciones contenidas en este formulario entero acerca de mí y mis dependientes son verdaderas y correctas a mi mayor conocimiento y que ninguna información material ha sido retenida u omitida. Entiendo que mi tergiversación intencional de un hecho material o mi fracaso para reportar información sobre mí o mis dependientes se puede utilizar como base para rescindir, cancelar o modificar la cobertura para mí o mis dependientes. Rescindir significa que la cobertura nunca estaba en vigor. Entiendo y acepto que el Patrocinador del Plan no está obligado por ninguna declaración o cualquier agente a menos que este por escrito en este documento. Estoy de acuerdo en que ninguna cobertura será efectiva hasta la fecha especificada por el patrocinador del plan en la descripción resumida del plan. La fecha de vigencia real puede ser diferente a la fecha de vigencia solicitada. Si ahora estoy renunciando a los beneficios médicos para mí y/o mis dependientes, he leído toda la disposición sobre la renuncia, y comprendo los requisitos de inscripción si hago la solicitud de estas prestaciones en una fecha posterior. Autorizo a mi empleador a deducir la contribución necesaria a los beneficios. Me reservo el derecho de revocar esta autorización de deducción en cualquier momento mediante notificación por escrito a mí. Los beneficios son efectivos solo después de la aprobación por el patrocinado del plan o administrador y la satisfacción de cualquier periodo de prueba. Para ayudarle a determinar mi cobertura acreditable, autorizo a cualquier compañía de seguros, administrador de terceros, o de otro operador o proveedor de beneficios de salud para liberar al administrador de terceros y/o certificados de los patrocinadores del plan de cobertura acreditable y toda esa información. Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar, presente una solicitud o una reclamación que contenga información falsa puede ser declarado culpable de fraude, que es un delito, en una corte de la ley y puede estar sujeto a multas y reclusión en la cárcel. Esto no va a ser considerado como una solicitud completa a menos que todas las páginas se adjunten y completen.

Entiendo que la información en esta aplicación es válida por un máximo de 90 días de la fecha de la firma.

Firma del afiliado X _____ Fecha (requerido) _____ Si firmada por un representante del afiliado, por favor, indique autoridad del representante para actuar en nombre del afiliado. _____

FIRMA REQUERIDA / AUTORIZACIÓN PARA LA RELEVACIÓN DE INFORMACION MÉDICA PARA LA INSCRIPCIÓN

También me autorizo a cualquier médico, médico, hospital, clínica, veteranos de las administraciones, otras instalaciones médicas o instalaciones médicas, empresa de seguros o de reaseguros, farmacia, administrador de beneficios de farmacia, plan de salud, o agencia de informes al consumidor, disponer de información de diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier estado físico o mental, incluido el abuso de drogas o alcohol, y/o el tratamiento de yo o mis hijos menores y otra información no médica de mí y mis hijos menores, para liberar a las reclamaciones o tercero administrador de exceso de pérdida, de cualquier otra compañía de seguros designado por el plan, o de su representante legal, cualquier y toda la información necesaria para la determinación de la elegibilidad para los beneficios. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización en cualquier momento. Entiendo que cualquier información revelada en virtud de esta autorización podrá ser re-revelada y no cubiertos por las normas federales que rigen la privacidad y confidencialidad de la información de salud.

Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como la original, y que esta autorización será válida por 2 ½ años a partir de la fecha indicada a continuación. Entiendo que la información obtenida mediante el uso de esta autorización podrán ser utilizados por el patrocinador del Plan, reclamaciones o tercero administrador, y cualquier exceso de pérdida de la compañía de seguros designado por el plan para determinar mi elegibilidad para la cobertura de salud, y la elegibilidad para los beneficios bajo un plan existente. Cualquier información obtenida no será revelada a ninguna persona u organización, excepto para reasegurar a empresas u otras personas u organizaciones que realicen negocios o servicios jurídicos en relación con mi inscripción para la cobertura, por cualquier reclamación, para fines de gestión médica, o como pueden ser legalmente requerido o como me puede autorizar. También entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la información se ha publicado en la dependencia de esta autorización. Debo negarse a firmar esta autorización, entiendo que puede afectar mi inscripción en el plan de beneficios. Todas las páginas deben estar conectados y completa, incluyendo la autorización para que la solicitud se considere completa. Las solicitudes incompletas pueden ser rechazados.

Firma del afiliado X _____ Fecha (requerido) _____ Si firmada por un representante del afiliado, por favor, indique autoridad del representante para actuar en nombre del afiliado. _____