

SOLICITUD PARA LA INSCRIPCIÓN ASSURE CON FONDOS PROPIOS



Nombre del empleador:									
Apellidos del empleado:		Nombre legal:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:			
Dirección:									
Ciudad:		Estado:		Código postal:		Condado:			
Teléfono en la casa:		Teléfono en el trabajo:		Estado civil:		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Correo electrónico:		Fecha de contratación a tiempo completo:				Horas promedio trabajadas por semana:			
Si alguien nombrado en esta solicitud está declinando cobertura, rellene la sección de la exención. Si alguien nombrado en esta solicitud está solicitando recibir cobertura, rellene la sección de inscripción.									
Solicitud para: <input type="checkbox"/> Mi persona <input type="checkbox"/> Mi cónyuge <input type="checkbox"/> Mis hijos dependientes					Declino la cobertura para: <input type="checkbox"/> Mi persona <input type="checkbox"/> Mi cónyuge <input type="checkbox"/> Mis hijos dependientes <i>Rellene la sección de exención en la página tres</i>				
SECCIÓN DE INSCRIPCIÓN (AGREGUE PAPEL ADICIONAL SI ES NECESARIO)									
Nombre (apellidos, nombre, inicial del 2.º nombre)		Fecha de nacimiento mm/dd/aa	Sexo M/F	Alt.	Peso	Relación	Discapacitado S/N	Practicante de cuidados primarios Nombre y apellido	¿Es paciente establecido? S/N
Propio	N.º seguro social					Propio			
Cónyuge	N.º seguro social					Cónyuge			
Dep. 1	N.º de seguro social					<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo tutelado			
Dep. 2	N.º de seguro social					<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo tutelado			
Dep. 3	N.º de seguro social					<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo tutelado			
¿Todos los dependientes indicados anteriormente residen en la misma dirección del empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, indique el nombre y la dirección del dependiente. _____									
¿Usted o cualquiera de sus dependientes tiene alguna otra cobertura médica por grupo (que incluye Medicare)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿continuará esa cobertura en conjunto con esta cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿quién es la persona que tiene la otra cobertura y cuál es su relación con el empleado? _____ ¿Esta otra cobertura incluye cobertura de farmacia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Indique la persona cubierta bajo la cobertura médica por grupo, su número de póliza, el nombre de la compañía de seguros o nombre del grupo y la fecha de efectividad de la cobertura.									
Nombres de las personas cubiertas	Nombre de la compañía de seguros				Número de la póliza		Fecha de efectividad		
¿Existe alguna orden judicial o de divorcio que establece responsabilidad de seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, presente a Network Health la parte del decreto que indica la responsabilidad. ¿Quién es la persona responsable? _____									

INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA

Su empleador está estableciendo un plan de beneficios del empleado con fondos propios permitidos bajo la Ley de seguridad de ingresos para la jubilación del empleado de 1974 (Employee Retirement Income Security Act of 1974 o ERISA) y no es un plan asegurado. Debe responder todas las preguntas a continuación de manera completa y honesta. En donde se le solicite, debe presentar a continuación información adicional. No responder a estas preguntas en su totalidad y con honestidad puede ocasionar la pérdida de cobertura para cualquiera o todas las personas incluidas en esta solicitud.

1. ¿Está usted o cualquier dependiente elegible discapacitado, confinado en hospital o embarazada? Sí No
 Si está discapacitado u hospitalizado, fecha de cuando ocurrió: ____ / ____ / ____
 Causa de discapacidad u hospitalización: _____
 Si está embarazada, fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 Si está embarazada, ¿está usted (o la dependiente elegible) esperando un nacimiento múltiple, con complicaciones o planificando una Cesárea? Sí No

2. ¿Usted o cualquiera de sus dependientes elegibles ha usado productos de tabaco durante los últimos 12 meses? Sí No

3. ¿Usted, o cualquiera de sus dependientes elegibles, ha sido declinado, pospuesto, clasificado para obtener en seguro médico, de discapacidad o de vida por una compañía de seguros? Si es así, por favor explique. _____

4. Durante los últimos cinco años, ¿usted o cualquier dependiente elegible ha sido cubierto para recibir tratamiento, para tomar medicamentos, para cuidados de seguimiento programado o está esperando resultados de cualquier prueba, biopsia, procedimiento o trabajo de laboratorio, se le ha recomendado tomar una prueba, ha tenido cualquier síntoma, diagnóstico o consulta, o se le ha indicado cualquier condición por la que tendrá que recibir atención durante los siguientes 24 meses? Si es así, seleccione todo lo que corresponda e indique los detalles a continuación. Sí No

<input type="checkbox"/> A. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)/Complejo relacionado con el SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> K. Enfermedad del hígado o hepatitis
<input type="checkbox"/> B. Enfermedad psicológica, de alcohol, de estupefacientes o intento de suicidio	<input type="checkbox"/> L. Enfermedad respiratoria o de los pulmones o asma
<input type="checkbox"/> C. Defecto congénito o anomalía congénita	<input type="checkbox"/> M. Esclerosis múltiple
<input type="checkbox"/> D. Enfermedad cerebral, convulsiones, enfermedad neurológica o migrañas	<input type="checkbox"/> N. Enfermedades músculo esqueléticas, de la espalda, de las articulaciones
<input type="checkbox"/> E. Cáncer o tumor	<input type="checkbox"/> O. Enfermedad o trasplante de órganos o tejidos
<input type="checkbox"/> F. Enfermedad de Crohn, colitis, enfermedad intestinal o digestiva	<input type="checkbox"/> P. Enfermedad del sistema reproductivo o infertilidad
<input type="checkbox"/> G. Diabetes o enfermedades endocrinológicas	<input type="checkbox"/> Q. Artritis reumatoide, psoriática u osteoartritis
<input type="checkbox"/> H. Enfermedades del corazón, circulatorias, sanguíneas o hipertensión	<input type="checkbox"/> R. Ictus
<input type="checkbox"/> I. Enfermedad del sistema inmunológico	<input type="checkbox"/> S. Otra condición no indicada anteriormente
<input type="checkbox"/> J. Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> T. ¿Está tomando actualmente algún medicamento?

En los espacios a continuación, proporcione los detalles de las preguntas en las que contestó Sí anteriormente. Esto incluye información relacionada con la última visita médica o examen físico y todos los medicamentos que tomó. Si necesita espacio adicional, agregue una hoja de papel con su firma y la fecha.

Letra o número	Miembro de la familia	Fechas del tratamiento	Identifique el medicamento, la condición, su duración, el tratamiento y el grado de recuperación

Sección de exención

Rellene esta sección si está anulando cobertura para usted y/o sus dependientes.

Por este medio certifico que se me informó sobre la disponibilidad de la cobertura bajo el plan. He decidido no solicitar recibir la cobertura ofrecida para (seleccione todo lo que corresponda): Usted Su cónyuge Niños dependientes

Si está renunciando a cobertura, firme a continuación. Entiendo que, si deseo solicitar recibir cobertura más adelante, podría ser considerado como inscrito tardío y no ser elegible para recibir cobertura hasta el siguiente período de apertura de inscripción. Acepto y reconozco este periodo de espera y elijo declinar la cobertura porque:

- Mi(s) dependiente(s) y/o yo ya estamos cubiertos por un plan de beneficios de salud que ofrece una cobertura similar o mejor.
- Mi(s) dependiente(s) y/o yo estamos eligiendo o hemos elegido una cobertura alternativa ofrecida por mi empleador en este momento de inscripción.
- Mi(s) dependiente(s) y/o yo no deseamos cobertura de seguros y no tenemos ningún problema significativo de salud.
- Mi(s) dependiente(s) y/o yo no estamos asegurados bajo un Plan de compartición de riesgos obligatorio estatal bajo el capítulo 619 de los estatutos del estado de Wisconsin y mi contribución a la prima sería más del 10 % de mis ingresos anuales.

Si está declinando la inscripción para usted o para sus dependientes debido a otro seguro de salud, podría inscribirse en este plan si pierde la elegibilidad de la otra cobertura. Puede solicitar la inscripción en menos de 30 días después de haber terminado la otra cobertura (o después de que el empleador haya terminado de contribuir a favor de la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podría inscribirse usted y sus dependientes. Puede solicitar la inscripción en menos de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Firma (Una copia o fax son válidos como originales)	Nombre en letra de imprenta	Fecha de la firma
---	-----------------------------	-------------------

Acuerdo o autorización del empleado para liberar información médica Para la inscripción - ES NECESARIA LA FIRMA

Entiendo que las respuestas anteriores podrán ser utilizadas por el Patrocinador del plan en la descripción del resumen del plan. **Declaro que todas las declaraciones contenidas en este formulario completo sobre mi persona y mis dependientes son verdaderas y correctas según mis conocimientos y que ninguna información esencial ha sido omitida. Entiendo que cualquier mala representación intencional de un hecho esencial en esta solicitudpodría ser usada como base para rescindir, terminar o modificar mi cobertura y la de mis dependientes. Rescindir significa que la cobertura nunca estuvo en vigor.** Estoy de acuerdo con que ningún tipo de cobertura será efectiva hasta la fecha especificada por el Patrocinador del plan en la Descripción del resumen del plan. Si estoy en este momento renunciando a beneficios médicos para mi persona o mis dependientes, he leído la disposición completa de la renuncia y entiendo los requerimientos de inscripción si solicito tales beneficios en el futuro. Autorizo a mi empleador a deducir la contribución necesaria para obtener los beneficios. Me reservo el derecho de revocar esta autorización de deducción en cualquier momento por medio de una notificación por escrito. Los beneficios entran en vigor solamente después de haber recibido aprobación del Patrocinador o Administrador del plan y el cumplimiento de cualquier periodo de prueba. Cualquier persona que bajo su conocimiento tenga la intención de cometer fraude, presente una solicitud o reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa podría ser culpable de fraude, lo cual es un crimen ante un tribunal y podría estar sujeto a multas o prisión.

Por este medio autorizo a los médicos, los practicantes médicos, al hospital, clínicas, instalaciones administrativas de veteranos, servicios de información médica, instalaciones de cuidados de emergencia y a otras entidades médicas o relacionadas con la medicina, compañías de seguro o reaseguro y a las agencias de reportes al consumidor que tengan información disponible relacionada con mi condición física de salud actual o anterior, que incluya abuso de alcohol o drogas o algún tratamiento de mi persona, para revelar alguna o toda esta información, que incluye, pero que no se limita a, registros médicos, notas del proveedor del cuidado de la salud, pruebas y resultados de laboratorio, diagnósticos, tratamiento y pronóstico. Entiendo que la información obtenida a través del uso de esta autorización se deberá utilizar para el aseguramiento y las determinaciones de clasificación de riesgo para el plan de salud de fondos propios de mi empleador. Esta autorización no aplica para las notas de psicoterapia. Estoy de acuerdo con que una copia fotográfica de esta autorización debe ser 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 puedo solicitar una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito a menos que se haya tomado alguna acción relacionada con mi autorización. Si me rehúso a firmar esta autorización, entiendo que esto puede afectar mi inscripción (y la inscripción de mis dependientes) en este plan de beneficios. Todas las páginas deben estar anexas y completas, incluyendo esta autorización para que la solicitud se considere completa. Las solicitudes incompletas podrían ser rechazadas. Si es necesaria alguna autorización adicional para la revelación de mis registros médicos(o los de mis dependientes), yo (o mis dependientes) deberemos firmar una autorización para la revelación de esta información antes de la inscripción en el plan.

La información de esta solicitud es válida por un máximo de 90 días a partir de la fecha de la firma.

Si está firmada por un representante, indique la autoridad del representante para actuar a favor del empleado:

Firma del empleado	Fecha	Nombre en letra de imprenta
--------------------	-------	-----------------------------