

Solicitud de inscripción/cambio

Por favor escriba en tinta negra o azul. La información incompleta o ilegible puede dar como resultado un retraso en la cobertura. Si alguna pregunta no aplica, escriba "N/A". **El formulario debe de estar firmado y fechado o será devuelto.** Las cinco cajillas de abajo deben de ser llenadas por el Administrador del Grupo.

Número del grupo de salud	Subgrupo	Nombre del grupo Nombre	Fecha de vigencia solicitada	Clase

SECCIÓN 1: INSCRIPCIÓN NUEVA, CAMBIO O CANCELACIÓN

Inscripción nueva:
 Solamente el solicitante Solicitante y dependiente(s)

Nueva inscripción debido a:
 Grupo nuevo Inscripción abierta Nueva contratación Recontratación COBRA Continuación no de COBRA (Para COBRA y no de COBRA, se debe de elegir una razón de cancelación a continuación)

Producto:
 Embark Vantage Motivate Asuris HSA Healthplan 2.0 Ninguno

Dental:
 Aspire Achieve Enhance Ninguno

Si acaso su Empleador le ofrece múltiples productos médicos o dentales con el mismo nombre, proporcione la siguiente información ubicada en la parte superior de su Resumen de beneficios.
 Deducible \$ _____ Coaseguro _____ / _____ / _____ % Copago \$ _____

Cambio:
 Agregar solicitante con/sin dependiente(s) Agregar sólo dependiente(s); el solicitante ya debe estar inscrito

Cambio de fecha debido a:
 Cambio de nombre Cambio de dirección Nacimiento Matrimonio Adopción Cambios de inscripción abierta
 Cobertura COBRA agotada Pérdida de elegibilidad en otra cobertura Orden judicial Agregar compañero de hogar

Cambio de evento (requerido):

Cancelación:
 Todos los dependientes Cancelar dependiente(s); lista:

La cancelación se debe a:
 El dependiente ya no es elegible Divorciado Muerte Derecho a Medicare Finalización del empleo
 Reducción de horas Permiso militar Otra razón _____

Fecha del evento de cancelación (requerida):

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Compañero de hogar	
---	--	---	--

¿Qué tipo de tarjeta de miembro desea recibir? Tarjeta a nivel familiar (todos los miembros de la familia en la misma tarjeta) Tarjeta a nivel de miembro (cada miembro en una tarjeta por separado)

SECCIÓN 3: INSCRIPCIÓN DE DEPENDIENTES

Sexo	Nombre(s) de la(s) persona(s) a recibir cobertura (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Médica	Dental	Relación con el solicitante	Número de Seguro Social para cada persona cubierta	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si necesita espacio adicional, solicite un formulario adicional a su administrador de grupo.

Si usted y su cónyuge están divorciados o legalmente separados, indique a continuación quién tiene la custodia legal de su(s) hijo(s):

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE LA CUSTODIA DE LOS NIÑOS

Fecha en que fue otorgada	Padre Madre Conjunta Otro				Fecha en que fue otorgada	¿La sentencia del tribunal le requiere al padre que no tiene la custodia Nombre de el(los) niño(s) que proporcione la cobertura para los hijos dependientes? Si la respuesta es "Si" indique que otra cobertura es proveída.	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Solicitud de inscripción/cambio (continuación)

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE LA COBERTURA ACTUAL/ANTERIOR

Por favor indique para CADA persona que se enumera en esta solicitud, cualquier cobertura de seguro médico (incluyendo Medicare o Medicaid) vigente dentro del período de 24 meses previo a la fecha propuesta de vigencia de esta cobertura. Cada persona que solicita cobertura debe estar enumerada a continuación. Si no había ninguna cobertura de seguro médico vigente dentro de los últimos 24 meses, indique NINGUNA.

MEDICARE Si usted o cualquiera de los miembros de su familia enumerados en esta solicitud tiene Medicare, es cobertura de la Part A Part B Part D, y por favor complete la siguiente información:

Razón por la cual tiene derecho a Medicare:
 Edad Discapacidad ESRD Derecho doble

Razón por la cual tiene derecho a Medicare:
 Edad Discapacidad ESRD Derecho doble

Nombre del solicitante (No-Medicare)	Corredor de seguros (Número de póliza y número de teléfono)	Fecha de la cobertura		¿Continuará la cobertura?	Tipo de cobertura	
		Desde	Hasta		<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
1.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
2.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
3.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
4.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
5.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
6.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
7.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica

Si necesita espacio adicional, solicite un formulario adicional a su administrador de grupo.

Por este medio solicito cobertura para las personas que se enumeran en la sección anterior de inscripción de personas. Entiendo que cualquier cobertura estará bajo el contrato principal entre Asuris Northwest Health y mi empleador y estoy de acuerdo con los términos y condiciones del certificado en cuestión según lo acordado. Estoy de acuerdo con las cláusulas de inscripción del empleador y certifico que todas aquellas personas para las cuales busco la inscripción, incluyendo la mía, cumplen con el criterio de elegibilidad según lo acordado por el grupo en el contrato maestro. Entiendo que la cobertura no puede empezar hasta haber satisfecho el periodo de espera de elegibilidad acordado por el empleador y según este documentado en los registros de Asuris Northwest Health.

Una persona elegible que no aparezca en esta solicitud se considerará como que renuncia a la cobertura. Reconozco que he tenido la oportunidad de inscribir, pero no deseo hacer una solicitud para ninguna persona que no haya sido mencionada. Al renunciar a la cobertura, reconozco que las personas que renuncian a la cobertura (incluyéndome a mí, si estoy renunciando) pueden inscribirse después solamente en la fecha del aniversario de mi grupo, a menos que califiquen para un período de inscripción especial.

Si he renunciado a mi inscripción o a la de cualquiera de mis dependientes (inclusive mi cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o plan de salud colectivo, puedo en el futuro inscribir en este plan a las personas que renunciaron, siempre que solicite la inscripción en un período no mayor de 30 días después de la finalización de la otra cobertura de esta(s) persona(s) por la pérdida de la elegibilidad o porque el empleador deja de contribuir con esa otra cobertura. Además, si tengo un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puedo inscribirme yo y mis dependientes, siempre que solicite la inscripción en un período de 30 días después del matrimonio o en un periodo de 60 días después del nacimiento, adopción o colocación. Para obtener más información acerca de estas reglas, llame al 1 (866) 228-7139.

Salvo por una enmienda expresa, firmada por un representante Asuris Northwest Health, ninguna persona, incluyendo, pero sin limitarse a, cualquier productor independiente, agente o empleado Asuris Northwest Health o de mi empleador, puede cambiar los términos del contrato maestro, ninguna de sus enmiendas o esta solicitud y ninguna persona puede exonerar el requisito de que yo responda a todas las preguntas de esta solicitud por completo y de forma exacta. Entiendo que esta solicitud formará parte del contrato entre Asuris Northwest Health y mi empleador.

Autorizo a mi empleador para actuar como mi agente en todos los asuntos administrativos de la cobertura colectiva y reconozco que mi empleador de ninguna manera actúa como agente Asuris Northwest Health. Estoy de acuerdo con pagar las tarifas apropiadas de las primas para mi persona y los dependientes que se inscriban por adelantado, y autorizo la deducción de las primas de la nómina de pago según sea requerido.

Autorizo a cualquier fuente a divulgar Asuris Northwest Health cualquier información médica, de salud, de empleo o de seguro, que sea solicitada para cualquier miembro inscrito. Reconozco y entiendo que Asuris Northwest Health puede solicitar o revelar información médica sobre mi persona o mis dependientes (personas que son elegibles para recibir la cobertura de beneficios y que se mencionan en el formulario de inscripción) eventualmente con el propósito de facilitar el tratamiento de atención médica, pago o con el propósito de las operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de atención médica o según lo requiera la ley. La información médica solicitada o divulgada puede estar relacionada con el tratamiento o servicios brindados por:

- ◆ Un médico, dentista, farmacéutico u otro profesional de atención de la salud o del comportamiento;
- ◆ Una clínica, hospital, centro de atención médica de largo plazo u otro centro médico;
- ◆ Cualquier otra institución que brinde atención, tratamiento, consultas, fármacos, materiales o,
- ◆ Un corredor de seguros o plan de salud colectivo.

La información de salud que se solicite o se revele puede incluir, pero no se limita a: constancias de reclamos, correspondencia, expedientes médicos, estados de cuenta; informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, expedientes dentales o de hospital (incluyendo los registros de enfermería y notas de progreso). Este reconocimiento no aplica para obtener información sobre notas de psicoterapia. Se utilizará una autorización independiente para las notas de psicoterapia.

Comprendo que puede aplicarse un período de espera por condiciones preexistentes. Un período de espera de una condición preexistente puede ser reducido por cualquier cobertura previa de salud acreditable que yo o mi(s) dependiente(s) podamos haber tenido, siempre y cuando no haya habido un lapso significativo. Tengo derecho a proporcionar evidencia de la cobertura anterior. Puedo comunicarme con Asuris Northwest Health para obtener ayuda para conseguir la evidencia apropiada de la cobertura anterior.

He proporcionado estas respuestas como parte del proceso de solicitud requerido por Asuris Northwest Health para inscribirse en la cobertura y certifico que toda la información que se ha completado en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que Asuris Northwest Health se basará en cada respuesta para realizar la cobertura y calificar las determinaciones. Para la protección de todos los miembros, el fraude o tergiversación de los hechos materiales hechos por mí con el propósito de defraudar Asuris Northwest Health, puede resultar en que Asuris Northwest Health tome cualquier acción permitida por la ley o contrato, incluyendo la terminación o rescisión de la cobertura, negación de los beneficios o búsqueda de cargos o multas criminales.

Por este medio verifico que he revisado toda la información que se proporcionó en esta solicitud (sin importar si yo la completé o si alguien más me ayudó a llenarla) y certifico que es exacta y completa. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente Asuris Northwest Health por escrito si algo ocurre antes de que mi cobertura entre en vigencia, que haga que cualquier respuesta en esta solicitud sea inexacta o incompleta.

A firma del solicitante _____

Fecha _____

