



Asuris Northwest Health
PO Box 91130
Seattle, Washington 98111-9230

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y CAMBIOS DE EMPLEADOS

Esta sección es para uso de Asuris Northwest Health solamente –RIQ Code: _____ ReI ICN # _____
ACRW Loaded: _____ COB Loaded: _____ Date Completed: _____ Auditor Initials _____

SECCIÓN PARA EL EMPLEADO:

Nombre legal del empleado: _____

Seguro social: _____ Teléfono: _____

Dirección de domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de correspondencia, *si es diferente*: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico del empleado: _____

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) **Fecha de matrimonio:** _____

¿Le ha asignado Asuris Northwest Health un número de identificación alterno a usted previamente? Sí No Si es sí, indíquelo si cuenta con uno: _____

Favor de completar todas las secciones en tinta negra
Una razón se tiene que marcar para añadir, cambiar o cancelar:
 Añadir empleado con/sin dependiente(s) Añadir dependiente(s) solamente
Añadir debido a:
 Nuevo grupo Cambios en el registro abierto Nuevo empleado
 Nacimiento Matrimonio Adopción Cobertura de COBRA expirada
 Pérdida de elegibilidad en otra cobertura
 Añadir DP (compañero de hogar) y dependiente(s) (Si el patrono permite cobertura para DP) (Tiene que adjuntar una declaración jurada del compañero de hogar)
 Añadir dependiente(s) solamente, del DP (Si el patrono permite cobertura para DP) (Tiene que adjuntar la declaración jurada de compañero de hogar)
 Cambio de nombre Cambio de dirección
 Añadir a COBRA Fecha de vigencia: _____
 Empleado y dependiente (s) Dependiente(s) solamente
 Añadir a la extensión de 6 meses Fecha de vigencia: _____
 Empleado y dependiente(s) Dependiente(s) solamente

CANCELACIONES:
Enumere los nombres abajo
 Empleado y dependiente(s)
 Dependiente(s) solamente
Fecha propuesta de vigencia: _____

Seleccionar la razón para la cancelación
 TE = Terminación
 RH = Reducción en horas
 DC = Hijo(s) dependiente(s)
 DV = Divorciado
 DE = Muerte
 DX = Extensión de incapacidad
 MI = No es elegible para Medicare
 CE = Cancelación voluntaria de la cobertura de COBRA

Seleccione un Plan: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HSA- PPO Calificado <input type="checkbox"/> Columbia Dental <input type="checkbox"/> Otro: _____	Médico/Dental (Indique Selección) M D		Nombre <small>Nota: Nuestro sistema sólo permite 19 caracteres incluyendo espacios para la impresión del nombre en la tarjeta del miembro, por lo tanto para nombres largos se usarán abreviaturas.</small>			Número de Seguro Social o Número Individual Tax payor ID (ITIN)	Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA	Género M/F
			Apellido	Primer Nombre	Inicial			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empleado					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esposa(o)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño (a)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño (a)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño (a)					

Para niños de más de 19 años, incluya el nombre(s) y la razón(es) para su dependencia: _____
Si algún niño(s) dependiente que se agrega está/están cubiertos bajo otro plan y si los padres naturales están divorciados o separados, las regulaciones del Estado de Washington requieren que preguntemos lo siguiente: Nombre del padre con la custodia (si los padres tienen custodia doble, indique): _____
Si es divorciado, ¿estableció la corte responsabilidad financiera para el cuidado médico del niño(s)? Sí No (Incluya una copia del acuerdo de mantenimiento del decreto de divorcio que describa las especificaciones de cobertura)
Si es Sí, especifique el nombre y la dirección del padre que es responsable: _____

¿Usted o sus dependientes que están aplicando por cobertura tienen cobertura (ahora, o en los pasados 6 meses) con cualquier otro plan médico? Si No. ¿La cobertura va a seguir en efecto? Si No
IMPORTANTE: Si usted o sus dependientes aplicando por cobertura tienen cobertura (ahora o en los pasados 6 meses) con cualquier otro plan, usted TIENE que completar la parte de atrás de esta forma.
Completar la información en la parte de atrás de esta forma o adjuntar un certificado de cobertura de la compañía de seguros anterior le va a permitir a Asuris Northwest Health acreditarle sus periodos de espera para condiciones pre existentes y procesar los reclamos rápidamente y con exactitud.

DIVULGACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO: Yo entiendo que es un crimen proveer con conocimiento, información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el propósito de engañar a la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas o negación de seguro. Por este medio acepto que toda la información especificada anteriormente es precisa y completa. Con mi firma abajo, autorizo la divulgación de la información, de mi persona y de mis dependientes enumerados anteriormente, a Asuris Northwest Health. (La firma de la esposa(o) es requerida si elige COBRA.)

FIRMA DE EMPLEADO: _____ FECHA: _____ FIRMA DE LA ESPOSA (O): _____ FECHA: _____

EMPLOYER SECTION: *The Employer section must be completed by the Group's Primary Contact Person as listed on the Group Master Application. If not fully completed, this form will be returned unprocessed.*

Group Name: _____ Group Number: _____ Group Phone Number: _____ Group E-mail Address: _____ Intended Effective Date: _____
Employee Class: _____ Work Location: _____ Date of Hire: _____ Rehire: _____ Date Changed from Part-time to Full-time: _____ Hours Worked Per Week: _____

Utilice color negro

SECCIÓN DEL EMPLEADO:

Si usted, el Empleado, o cualquiera de los miembros de su familia que solicitan cobertura a través de Asuris Northwest Health actualmente tienen otra cobertura médica, o han tenido alguna otra cobertura médica en los últimos seis (6) meses antes de empezar esta cobertura con Asuris Northwest Health, usted debe de completar esta sección o si la cobertura anterior terminó, adjunte un certificado de cobertura de la compañía de seguros anterior. Otra cobertura de plan médico incluye cualquier otro plan con Asuris Northwest Health, con cualquier otra compañía, cualquier cubierta con Blue Shield o Blue Cross, cualquier plan de retiro, Medicare o Tricare. La información se va a utilizar para establecer elegibilidad para créditos en períodos de espera de beneficios para condiciones preexistentes y para coordinar con sus otros corredores de seguros para asegurar que nosotros pagamos sus reclamos rápida y exactamente. Si tiene que brindarnos información adicional acerca de su cobertura (cobertura anterior u otra cobertura actual), pida los formularios de Solicitud de información de cobertura anterior o los formularios de Información acerca de varias coberturas, en nuestro sitio web www.asuris.com o llame al departamento de Servicio al Cliente al 1 (888) 344-5587.

SEGURO ANTERIOR EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES Y OTRA COBERTURA DE SEGURO ACTUAL:

Nombre de la Compañía de seguro anterior u otra: _____ N° de teléfono de compañía de seguro anterior u otra: _____

Dirección completa de la compañía de seguro anterior u otra: _____

Nombre del tenedor de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del tenedor de la póliza: _____ DDMMAAAA

ID o N° seguro social del tenedor de la póliza: _____ N° de grupo/N° ID póliza: _____ Fecha de vigencia de cobertura anterior u otra: _____

¿Se mantendrá efectiva la cobertura? Sí No Fecha de terminación de cobertura propuesta: _____ Personas cubiertas por otro plan médico o el anterior, indique nombres y fechas de nacimiento:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ DDMMAAAA Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ DDMMAAAA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ DDMMAAAA Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ DDMMAAAA

Tipo de cobertura (encierre en círculo): Médico Farmacia Dental Vista Medicare **Tipo de póliza** (encierre en círculo): Grupo Individual Medicaid Medicare Parte A Medicare Parte B Medicare Parte D

¿Incluía su cobertura los siguientes beneficios? (encierre en círculo): Quiropráctico Maternidad Medicamentos prescritos Psiquiatría Rehabilitación Transplantes

Si el empleado o los dependientes tienen Medicare, cuándo comenzó la Parte A: _____ Parte B: _____ Parte D: _____ N° HIC Medicare con sufijo alfabético: _____

Persona cubierta por Medicare: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial segundo nombre: _____ Razón: Incapacidad Más de 65 Enfermedad renal en etapa final

SUS DERECHOS DE PERÍODO DE REGISTRO ESPECIAL Para personas que son elegibles para registrarse en un plan médico colectivo: Si usted rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otro plan médico o cobertura de plan médico colectivo, usted y sus dependientes se pueden inscribir en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad de la otra cobertura (o si, en el caso de una cobertura de plan médico colectivo, el patrono deja de contribuir para otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, usted tiene que pedir la inscripción 30 días después de que la otra cobertura suya o de sus dependientes termine (o después de que su patrono deje de contribuir para la otra cobertura). Además, si usted incluye un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para la adopción, usted y sus dependientes se pueden inscribir. Sin embargo, usted tiene que inscribirse en los 31 días posteriores a su matrimonio, o dentro de los 60 días posteriores al nacimiento, adopción, asignación para adopción o fecha en que se asuma la obligación legal total o parcial de manutención del niño(a) antes de la adopción. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el administrador de su grupo o al departamento de beneficios.

ACUERDO DE SOLICITUD

Por este medio solicito cobertura bajo el contrato de Asuris Northwest Health y mi patrono o grupo y acepto los términos del contrato. He proporcionado estas respuestas como parte del procedimiento de solicitud solicitado por Asuris Northwest Health para proporcionar cobertura y certifico que toda la información en este formulario es verdadera, correcta y completa. Comprendo que Asuris Northwest Health dependerá de cada respuesta para brindar coberturas y considerar las determinaciones. Para la protección de todos los miembros de Asuris Northwest Health, proveer con conocimiento información falsa, incompleta o confusa podría dar como resultado que Asuris Northwest Health tome cualquier acción permitida por la ley o por el contrato, incluyendo la terminación o cancelación de la cobertura, negación de beneficios, y persecución por cargos criminales y penalizaciones. Certifico que mis dependientes, enumerados en el presente, y mi persona, cumplimos con los criterios de elegibilidad descritos en el resumen de beneficios o en el contrato. Estoy de acuerdo en pagar por adelantado las tarifas apropiadas por mi persona y por mis dependientes enumerados en el presente y autorizo incrementos de tasa, según Asuris Northwest Health considere necesario.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Reconozco y comprendo que mi plan médico puede solicitar o divulgar información de salud acerca de mí o de mis dependientes (personas que son elegibles para la cobertura de beneficios y que aparecen enumeradas en el formulario de registro) con el propósito de brindar el tratamiento médico, pago o con el propósito de operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de cuidados médicos; o conforme lo requiera la ley.* La información médica solicitada o divulgada puede estar relacionada con el tratamiento o servicios prestados por: un médico, dentista, farmacéutico u otro profesional de cuidados médicos físicos o de comportamiento; una clínica, hospital, centro de cuidados de largo plazo u otra institución médica; cualquier otra institución que brinde cuidados, tratamiento, consultas, fármacos o suministros; o un corredor de seguros o un plan médico colectivo. La información médica solicitada o divulgada puede incluir, pero no está limitada a: registros de reclamos, correspondencia, historiales médicos, estados de cuenta, informes de diagnósticos por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales o registros hospitalarios (entre los que se incluyen registros de enfermería y anotaciones de progreso). Esta aceptación no aplica para obtener información con respecto a las anotaciones de psicoterapia. Se utilizará una autorización diferente para anotaciones de psicoterapia.*Para obtener más información acerca de tales usos y divulgaciones, inclusive los usos y divulgaciones requeridas por la ley, consulte el Aviso de prácticas privadas. Una copia está disponible en nuestro sitio web www.asuris.com o por teléfono al 1 (888) 344-5587.