

Formulario de Inscripción e Instrucciones Empleador Grande

Debe leer todas las instrucciones antes de completar y firmar el Formulario de Inscripción, debido a que contiene las condiciones del acuerdo. Si necesita ayuda, comuníquese con el representante de Personal o Recursos Humanos en su lugar de trabajo o con Servicios al miembro al 801-442-5038 (zona de Salt Lake) o al 800-538-5038.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Complete esta sección con toda la información solicitada sobre usted (el empleado que solicita la cobertura).

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES

Complete esta sección con toda la información solicitada sobre usted y sus dependientes.

- Si la edad de su hijo dependiente supera el límite de edad especificado en el acuerdo con SelectHealthSM/SelectHealth Benefit Assurance CompanySM (SelectHealth BAC) y su empleador, pero aún es elegible para la cobertura debido a una discapacidad física o mental, debe adjuntar a este formulario una prueba de la discapacidad del dependiente.
- Si usted o sus dependientes elegibles tienen otro seguro médico o dental (si corresponde), deben completar el Formulario de Cobertura Médica Secundaria (Coordinación de Beneficios, COB) para facilitar la coordinación apropiada de beneficios con otras aseguradoras, cuando sea necesario.
- Si usted o sus dependientes elegibles han tenido cobertura de seguro de salud durante los últimos 63 días, es posible que su Período de espera de Condición Preexistente (si corresponde) se aplique de forma parcial o no se aplique. Debe proporcionar a SelectHealth/SelectHealth BAC un prueba de su cobertura anterior, como un Certificado de Cobertura Acreditable, una Tarjeta de Identificación, una Explicación de Beneficios (EOB), etc., por cada solicitante. Usted tiene derecho a solicitar un Certificado de Cobertura Acreditable de su plan anterior. Si es necesario, SelectHealth/SelectHealth BAC lo ayudará a obtener estos certificados.

Si añade a su cónyuge, éste sólo puede quedar sin cobertura bajo las siguientes circunstancias:

- Durante el próximo período anual de inscripción de su empleador.
- Cuando se entregue a SelectHealth/SelectHealth BAC una prueba de divorcio legal o anulación.
- Cuando su cónyuge dé su consentimiento al firmar el Formulario de Modificación del Empleado (si las normas de elegibilidad de su empleador lo permiten).

SECCIÓN C: ACEPTACIÓN Y FIRMA DEL EMPLEADO

Debe leer y comprender la siguiente información. Luego de leer y aceptar las siguientes condiciones de este formulario, firme la "Sección C: aceptación y firma del empleado". De lo contrario, esta solicitud e inscripción no serán válidas.

- Por este medio solicito la afiliación a SelectHealthSM/SelectHealth BACSM para las personas mencionadas en esta solicitud (denominadas solicitantes) y acepto abonar las primas según lo requiere SelectHealth/SelectHealth BAC o autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos las contribuciones necesarias que se me requieran, si existieran. Acepto las condiciones de este acuerdo grupal entre mi empleador y SelectHealth/SelectHealth BAC y designo a mi empleador para actuar como agente en mi nombre. Comprendo que el mencionado acuerdo se encuentra en el expediente del empleador y de SelectHealth/SelectHealth BAC y que se encuentra disponible si deseo examinarlo. Comprendo que la tergiversación intencional de las respuestas a las preguntas de esta solicitud o la falta de pago de primas, deducibles, copagos o coseguro puede resultar en la rescisión o cancelación de mi cobertura y de la de mis dependientes.

SECCIÓN D: RENUNCIA A LA COBERTURA

Complete y firme esta sección si desea renunciar a la cobertura de atención de la salud en este momento.

Es posible que usted y sus dependientes no sean elegibles para inscribirse nuevamente en este programa hasta el próximo período anual de inscripción abierta que establece su empleador y SelectHealth/SelectHealth BAC, a menos que usted rechace la inscripción para usted y sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a que posee otra cobertura de seguro de salud. Es posible que en el futuro usted y sus dependientes puedan inscribirse, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, pueden inscribirse usted, su cónyuge y todos los hijos dependientes incorporados con motivo de tal matrimonio, nacimiento, adopción y colocación para adopción, si solicita la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción.

SECCIÓN E: SÓLO PARA USO DEL EMPLEADOR

Un representante autorizado del grupo del empleador debe completar esta sección. NOTA: Los dos primeros elementos a continuación sólo se aplican si a los empleados les reconocen los Períodos de Espera por Condiciones Preexistentes cumplidos anteriormente.

- Situación actual de la nómina del empleado: indica la clasificación de empleo actual del suscriptor. Por ejemplo, si es un empleado activo, con una licencia aprobada, jubilado, etc.
- Comentarios: Esta sección se puede utilizar para comunicar cualquier otro tipo de información pertinente a SelectHealth/SelectHealth BAC.
- Firma del empleador: un representante del empleador debe firmar y fechar esta sección para validar el formulario.

Formulario de Inscripción (Ver instrucciones al reverso)

Yo (marque una opción):

- Soy un nuevo afiliado
- Realizo un cambio desde otro plan SelectHealth (mencione el plan) _____
- Realizo un cambio desde otra aseguradora (mencione la aseguradora) _____

Marque a continuación su selección. ¡Si no marca una casilla el formulario no está completo!

- Select CareSM Select Care PlusSM SelectHealth DentalSM
- Select ValueSM Select Choice PremierSM SelectHealth EyewearSM
- Select Med PlusSM
- Select ChoiceSM
- Select MedSM

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (Escriba en letra imprenta legible)

Nombre legal (Apellido, nombre, inicial) _____ Nombre del empleador _____

Dirección postal _____ Fecha de contratación por tiempo completo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección comercial (si es diferente) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nro. de teléfono particular (____) _____ Nro. de teléfono laboral (____) _____ Estado civil Soltero Casado Separado Divorciado

¿Se inscribe debido a un evento de inscripción especial? Sí No

Si la respuesta es sí, marque todas las opciones que correspondan Nacimiento/adopción Matrimonio Pérdida de otra cobertura

Aseguradora _____ Fecha de inicio de la cobertura _____ Fecha de finalización de la cobertura _____

Debe proporcionar a SelectHealth/SelectHealth BAC una prueba de su cobertura anterior tan pronto como sea posible.

¿Añade a un dependiente debido a una orden judicial o administrativa? Sí No Si la respuesta es sí, adjunte a este formulario una copia de la notificación.

B: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES

Complete la totalidad de esta sección. Escriba su nombre y el de todos sus dependientes elegibles (cónyuge e hijos) para quienes desea cobertura y seleccione la cobertura deseada. Mencione sus hijos por orden de edad. Mencione el parentesco de todos los hijos y dependientes con el empleado en la columna "parentesco". Si necesita más espacio, utilice otro Formulario de Inscripción (disponible en SelectHealth).

COVERAGE			NOMBRE LEGAL DEL MIEMBRO QUE RECIBIRÁ LA COBERTURA (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIALES DEL SEGUNDO NOMBRE)	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	PARENTESCO	NRO. DE SEGURO
Médica	Dental	Eyewear					
			USTED	M/F			
				M/F			
				M/F			
				M/F			
				M/F			
				M/F			

¿Deben pagar usted o su ex cónyuge los gastos médicos de sus dependientes en una sentencia de divorcio? Sí No

Si la respuesta es sí, debe adjuntar a este Formulario de Inscripción una copia de la sentencia de divorcio. Debe incluir la primera página de la sentencia, la página donde aparecen las firmas y cualquier otra parte de la sentencia que especifiquen las responsabilidades de cobertura para dependientes.

Además de este plan, ¿tendrán usted o cualquiera de sus dependientes otro seguro dental o de salud? Sí No

(Si la respuesta es sí, complete el Formulario de Coordinación de Beneficios, COB)

C: ACEPTACIÓN Y FIRMA DEL EMPLEADO

Esta sección requiere que pase al dorso de este formulario y lea la información en "Sección C: aceptación y firma del empleado".

Por el presente certifico que he leído, comprendido y aceptado las condiciones establecidas en la "Sección C: aceptación y firma del empleado" al dorso de este Formulario de inscripción. Luego de que su empleador haya revisado y aprobado este formulario, conserve una copia para sus registros.

Firma del empleado _____ Fecha _____

D: RENUNCIA A LA COBERTURA

He tenido la oportunidad de inscribirme y he elegido renunciar a la mencionada cobertura. He leído la información contenida en la "Sección D" del anverso de este Formulario de Inscripción y comprendo las consecuencias de mi decisión de renunciar a la cobertura. Motivo de la renuncia: (marque una casilla)

- Ya tengo seguro de salud a través de _____ (nombre de la empresa de seguros) _____ Firma del empleado _____
- No deseo adquirir ningún seguro de salud en este momento
- Ya tengo seguro de salud a través de _____ (nombre de la empresa de seguros) _____ Firma del empleado _____
- No deseo adquirir ningún seguro dental en este momento

E. SÓLO PARA USO DEL EMPLEADOR (Empleador, proporcione la siguiente información del empleado si corresponde)

Si utiliza HealthEquity® (proveedor preferido de SelectHealth) para la administración de la cuenta, los empleados deben completar el Formulario de Inscripción en una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) y autorización para revelar información médica a HealthEquity.

Período de espera por condiciones preexistentes (PEC) _____ (Fecha) hasta _____ (Fecha) Nombre del subgrupo _____ Nombre de clase _____

Fecha de vigencia del plan médico del empleado _____ Fecha de vigencia del plan dental del empleado _____

Situación actual de la nómina del empleado _____ Comentarios _____

Firma del empleador _____ Fecha _____