SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO DE PEQUEÑAS EMPRESAS DE UTAH

SOLO PARA USO OFICIAL
Póliza / No. de grupo
Fecha de inicio
PEC
Nueva contratación - Periodo de espera

MOTIVO DE LA INSCRIPCIÓN (marque todas la que correspondan)		
❒ Nuevo grupo	❒ Recién nacido	❒ Pérdida de cobertura _____
❒ Inscripción abierta	❒ Orden judicial	❒ Matrimonio _____
❒ Nuevo empleado	❒ Adición de dependiente	❒ Divorcio _____
❒ Nueva solicitud	❒ Otra:_____	❒ Permiso militar(USERRA)_____
❒ COBRA	❒ Mini-COBRA de Utah	❒Cobertura alternativa (Utah NetCare) para:
❒ Empleado ❒ Dependiente(s)		
Duración de continuación de cobertura: ❒12 meses ❒18 meses ❒36 meses ❒Otra:		
Fecha original del evento calificador:	Fecha del evento calificador:	Fecha del evento:
❒ RENUNCIA DE COBERTURA Personas que renuncian a la cobertura, llenar solo la sección J.		

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Empleador _____ Fecha de inicio de empleo _____ Fecha de recontratación _____

Lugar _____ ¿Es ésta una división? ❒ Sí ❒ No Si "sí," nombre de la empresa matriz _____

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Puesto _____ Hrs./semana _____

Estado civil ❒ Casado ❒ Soltero ❒ Divorciado ❒ Viudo ❒ Pareja doméstica*

Domicilio _____ Depto. _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Teléfono de casa (u otro) (_____) _____ Teléfono de trabajo (_____) _____ Correo electrónico: _____

Empleador del cónyuge _____ Teléfono de trabajo (u otro) del cónyuge (_____) _____

C. EMPLEADO / CONYUGE / PAREJA DOMÉSTICA* / DEPENDIENTES

Anótese usted y todos los dependientes que solicitan cobertura. Agregue hojas adicionales en caso necesario

	Nombre (apellido, nombre, inicial)	# de Seguro Social (sólo para uso del asegurador)	Fecha nacimiento MM/DD/AAAA	Edad	Sexo	Peso	Estatura
Empleado					❒ Masculino ❒ Femenino	lbs.	
Cónyuge / pareja doméstica*					❒ Masculino ❒ Femenino	lbs.	
Dependiente					❒ Masculino ❒ Femenino	lbs.	
Dependiente					❒ Masculino ❒ Femenino	lbs.	
Dependiente					❒ Masculino ❒ Femenino	lbs.	

D. INFORMACIÓN DE COBERTURA ACTUAL/PREVIA

Indique cualquier cobertura médica, de Medicaid o de Medicare vigente en los últimos 24 meses. Esa información se empleará para determinar si tiene cobertura acreditable o si se coordinarán los beneficios. Si no tuvo cobertura médica en los últimos 24 meses, escriba NINGUNA. En caso necesario, proporcione una copia de cualquier documentación judicial que muestre quién es responsable por la cobertura de cuidado médico de los dependientes. Agregue hojas adicionales en caso necesario.

	Asegurador (nombre del titular de la póliza, nombre y número telefónico del asegurador), Medicaid o Medicare	Fecha de cobertura MM/AAAA Inicio	Fin	¿Continuará la cobertura?	Tipo de cobertura (marque todas las que apliquen)
Empleado:				❒ Sí ❒ No	❒ Grupo ❒ Individual ❒ Gobierno ❒ Médica ❒ Dental ❒ Otra
Cónyuge/pareja doméstica*:				❒ Sí ❒ No	❒ Grupo ❒ Individual ❒ Gobierno ❒ Médica ❒ Dental ❒ Otra
Dependiente:				❒ Sí ❒ No	❒ Grupo ❒ Individual ❒ Gobierno ❒ Médica ❒ Dental ❒ Otra
Dependiente:				❒ Sí ❒ No	❒ Grupo ❒ Individual ❒ Gobierno ❒ Médica ❒ Dental ❒ Otra
Dependiente:				❒ Sí ❒ No	❒ Grupo ❒ Individual ❒ Gobierno ❒ Médica ❒ Dental ❒ Otra

*Verifique con su empleador si hay cobertura disponible para parejas domésticas.

E. DECLARACIÓN DE SALUD

A CADA PREGUNTA SE DEBE RESPONDER "SÍ" O "NO". TODAS las preguntas se deben contestar, de lo contrario se regresará la solicitud. Es su responsabilidad avisar al asegurador de cualquier cambio en su estado de salud, mientras esta solicitud está en trámite. La Ley Federal de No-Discriminación por Información Genética prohíbe a las aseguradoras médicas solicitar, comprar o colectar "información genética" con el fin de determinar el aseguramiento. NO REPORTE INFORMACIÓN GENÉTICA EN ESTA FORMA. La información acerca de enfermedades o condiciones manifiestas del solicitante no se considera información genética y debe ser reportada, aún si la enfermedad o condición que la causa está asociada con la genética. La información proporcionada en esta sección se podrá usar para establecer tarifas, hacer ajustes por riesgos y coordinar el cuidado, pero no se empleará para negar cobertura.

	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD	SÍ	NO
1	¿Alguna de las solicitantes está embarazada o es responsable financieramente de un niño que está por nacer, o que piensa adoptar en los próximos 12 meses?		
	Si actualmente está embarazada, especifique la fecha estimada de parto _____		
	► ¿Espera que ocurra alguna complicación, o se trata de un embarazo múltiple?		
	► ¿Ha tenido complicaciones previas o partos múltiples?		
2	Durante los últimos 12 meses alguno de los solicitantes:		
	A. ¿Ha tomado medicamentos prescritos para alguna condición médica identificada en la sección E?		
	B. ¿Un proveedor de cuidados de la salud le ha inyectado alguna droga o medicamento, excluyendo vacunas?		
	►¿Están al día las vacunas del solicitante?		
3	Durante los últimos 12 meses ¿alguno de los solicitantes ha consumido algún tipo de tabaco, incluyendo, entre otros: cigarros puros, cigarrillos o tabaco masticable? Si el solicitante ha dejado de fumar, indique la fecha aproximada _____		
4	Durante los últimos 5 años ¿alguno de los solicitantes que solicita cobertura ha realizado pruebas o se le ha diagnosticado, se le ha recomendado tratamiento para, ha recibido tratamiento (incluyendo medicamentos recetados) por, o se le ha hospitalizado por una enfermedad, lesión o condición de salud relacionada con cualquiera de las categorías mencionadas a continuación?		
	A. ¿Enfermedad cardiovascular o ataque al corazón, apoplejía, presión arterial elevada, o cualquier otra enfermedad o afección del corazón, arterias, sangre o vasos sanguíneos?		
	B. ¿Asma, enfisema, tuberculosis o cualquier otra enfermedad o afección de los pulmones o el sistema respiratorio?		
	C. ¿Diabetes o cualquier otra enfermedad o afección del páncreas? En caso afirmativo, marque todo lo que califique: ❒ No dependiente de insulina ❒ Dependiente de insulina ❒ Bomba de insulina		
	D. ¿Hepatitis o cualquier otra enfermedad o afección del hígado, estómago, colon o intestino?		
	E. ¿Cálculos renales crónicos o cualquier otra enfermedad o afección de los riñones, próstata o vejiga?		
	F. ¿Órganos reproductores masculinos o femeninos o cualquier enfermedad o afección incluyendo infertilidad?		
	G. ¿Artritis o cualquier otra enfermedad o afección de las articulaciones, músculos, espalda o huesos?		
	H. ¿Enfermedad o afecciones mentales o abuso de drogas/alcohol?		
	I. ¿Convulsiones, epilepsia, parálisis, o cualquier otra enfermedad o afección del cerebro o sistema nervioso?		
	J. ¿Lupus o cualquier otra enfermedad o afección del sistema inmunológico?		
5	Durante los últimos 5 años, ¿a cualquiera de los solicitantes se le ha diagnosticado VIH, SIDA o complejo relacionado al SIDA, o ha estado bajo tratamiento profesional para dichas enfermedades?		
6	Durante los últimos 5 años, excluyendo el cuidado preventivo y de rutina, ¿cualquiera de los solicitantes ha solicitado cobertura, o se le ha diagnosticado, se le ha recomendado tratamiento, ha recibido tratamiento (incluyendo medicamentos prescritos) o ha sido hospitalizado por cualquier enfermedad, lesión o condición médica no indicada arriba?		
7	¿Ha recibido alguno de los solicitantes un trasplante de órgano o tejido en cualquier etapa de su vida?		
8	¿Ha tenido alguno de los solicitantes cáncer (incluyendo cáncer de la piel o melanoma) en cualquier etapa de su vida?		

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN, DÉ MAYOR INFORMACIÓN EN LAS SECCIONES F Y G.

F. INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Refiérase a la Sección E

SI RESPONDIÓ "SÍ" A ALGUNA PREGUNTA DE LA SECCIÓN E, PROPORCIONE MAYORES DETALLES EN ESTA SECCIÓN. Agregue hojas adicionales en caso necesario

Nombre del solicitante	Nombre del medicamento	Razón del medicamento (nombre de la enfermedad, afección o tratamiento)	Fecha inicio MM/AAAA	Fecha terminación MM/AAAA	Nombre del médico, clínica u hospital. Dirección o teléfono, si lo conoce.

G. INFORMACIÓN ADICIONAL Refiérase a la sección E

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE LA SECCIÓN "E", DESCRIBA LA SITUACIÓN EN ESTA SECCIÓN Agregue hojas adicionales en caso necesario

Pregunta #	Nombre del solicitante	Explique diagnóstico, enfermedad, lesión, tratamiento recibido, pruebas, consultas, tratamientos futuros, y síntomas o problemas que persisten.	Fechas de diagnóstico/tratamiento		Nombre del médico, clínica u hospital. Proporcione la dirección o número telefónico si los conoce.
			Fecha inicial MM/AAAA	Fecha final MM/AAAA	

H. INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

¿Está usted o alguno de los dependientes discapacitado? ❒ Sí ❒ No. En caso afirmativo, indique nombre y apellido(s). _____

Razón de la discapacidad: _____

¿Es la persona discapacitada incapaz de realizar actividades diarias rutinarias por más de dos semanas? ❒ Sí ❒ No

¿Usted o alguno de los dependientes ha solicitado compensación laboral o ayuda de desempleo en los últimos cinco años? ❒ Sí ❒ No

En caso de ser así, ¿cuál es el estado de los reclamos? _____

I. ACEPTACIÓN Y FIRMA

Acepto apegarme a las condiciones de inscripción del asegurador. Entiendo que la cobertura no puede comenzar hasta que haya pasado el tiempo de espera. Autorizo a mi empleador a actuar como mi agente en todos los asuntos de administración del programa de grupo y reconozco que mi empleador en ningún modo actúa como agente del asegurador.

Acepto que he tenido la oportunidad de rechazar la cobertura para mí y mis dependientes elegibles, y que he listado a los que rechazan la cobertura en la sección J, "Renuncia de Cobertura" de esta solicitud.

Entiendo que el crédito por cobertura previa se basará en la información contenida en esta solicitud y/o en las pruebas de cobertura previa, tal como Certificado de Cobertura Acreditable (*Certificate of Creditable Coverage*).

Si la póliza contiene una cláusula de arbitraje voluntario: CUALQUIER ASUNTO EN DISPUTA ENTRE USTED Y EL ASEGURADOR PUEDE SER SUJETO A ARBITRAJE COMO ALTERNATIVA A UNA ACCIÓN JUDICIAL, DE CONFORMIDAD CON LAS REGLAS DE LA ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE ARBITRAJE U OTRO ÁRBITRO RECONOCIDO, COPIA DE LO CUAL ESTA DISPONIBLE MEDIANTE SOLICITUD AL ASEGURADOR. EL ASEGURADOR SUFRAGARÁ LOS COSTOS DEL ARBITRAJE, CUOTAS DE PRESENTACIÓN, CUOTAS ADMINSITRATIVAS Y CUOTAS DEL ÁRBITRO. OTROS GASTOS DEL ARBITRAJE, INCLUYENDO ENTRE OTROS: HONORARIOS DE ABOGADOS, GASTOS DE INVESTIGACIÓN, TESTIGOS, ESTENÓGRAFO, TRADUCTORES Y GASTOS SIMILARES, SERÁN SUFRAGADOS POR LA PARTE QUE INCURRA EN DICHOS GASTOS. CUALQUIER DECISIÓN TOMADA POR ARBITRAJE DEBERÁ SER ACATADA TANTO POR USTED COMO POR LA COMPAÑÍA. EL DICTAMEN DEL ARBITRAJE PODRÍA INCLUIR HONORARIOS DE ABOGADOS, SI ASÍ LO PERMITE LA LEY ESTATAL, Y PUEDE SER ARCHIVADO`COMO SENTENCIA DICTADA EN CUALQUIER TRIBUNAL DE JURISDICCIÓN APROPIADA.

Certifico que toda la información contenida en este formulario es verídica, exacta, correcta y completa. Acepto que, si cualquier información proporcionada es falsa, el asegurador podrá, sin ningún aviso buscar cualquier reparación disponible bajo las leyes federales y estatales, incluyendo el declarar nula la cobertura y anular y cancelar la cobertura en forma retroactiva a su fecha de vigencia original.

He leído la aceptación de este documento y estoy de acuerdo con sus términos. También he llenado un formulario de autorización para revelar información de salud protegida, si tal documento acompaña a esta solicitud.

Firma del empleado _____Fecha_____

J. RENUNCIA DE COBERTURA

LLÉNESE PARA RENUNCIAR A SU COBERTURA O LA DE SUS DEPENDIENTES

Empleador: _____

Nombre del Empleado: (Apellido) _____ (Nombre) _____(Inicial) _____

PERSONAS QUE RENUNCIAN A LA COBERTURA

Nombre de la persona que renuncia a la cobertura	Asegurador y número telefónico	Fecha de cobertura MM/AAAA Inicio	Fin	¿Continuará la cobertura?	Tipo de cobertura (marque todos los que apliquen)
Empleado:				❒ Sí ❒ No	❒ Grupo ❒ Individual ❒ Gobierno ❒ Médica ❒ Dental ❒ Otra
Cónyuge / pareja doméstica:				❒ Sí ❒ No	❒ Grupo ❒ Individual ❒ Gobierno ❒ Médica ❒ Dental ❒ Otra
Dependiente:				❒ Sí ❒ No	❒ Grupo ❒ Individual ❒ Gobierno ❒ Médica ❒ Dental ❒ Otra
Dependiente:				❒ Sí ❒ No	❒ Grupo ❒ Individual ❒ Gobierno ❒ Médica ❒ Dental ❒ Otra
Dependiente:				❒ Sí ❒ No	❒ Grupo ❒ Individual ❒ Gobierno ❒ Médica ❒ Dental ❒ Otra

DECLARACIÓN DE SALUD

	SÍ	NO
Embarazo / adopción ¿Está alguna de las personas que renuncian a la cobertura embarazada o es responsable financieramente de un niño que está por nacer? Si actualmente está embarazada, indique la fecha estimada de parto: _____.		
► ¿Espera que ocurra alguna complicación, o se trata de un embarazo múltiple?		
► ¿Ha tenido previamente complicaciones o embarazos múltiples?		

EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONE DETALLES EN ESTA SECCIÓN Agregue hojas adicionales en caso necesario.

Nombre de la persona	Explique diagnóstico, enfermedad, tratamiento recibido, pruebas, consultas, tratamientos futuros, y síntomas o problemas persistentes.	Fechas de diagnóstico o tratamiento Inicio MM/AAAA	Inicio MM/AAAA	Nombre del médico, clínica u hospital, y dirección o teléfono, si lo sabe.

ACEPTACIÓN Y FIRMA

Acepto que he tenido la oportunidad de inscribirme, pero no deseo presentar solicitud para aquellas personas listadas arriba. Al renunciar a la cobertura, estoy consciente de que las personas que renuncian (incluyéndome a mí mismo si es que estoy renunciando) ya no podrán inscribirse sino hasta suceda el aniversario del grupo, a menos que la persona que renuncian califiquen para un Periodo de Inscripción Especial (SPE). Si he renunciado a la inscripción de mi persona o alguno de mis dependientes (incluyendo mi cónyuge) debido a otra cobertura de salud o plan de salud de grupo, en el futuro podría calificar para un SPE y inscribir a las personas que renunciaron a este plan, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días a partir de que termine la cobertura de la persona, ya sea por pérdida de su elegibilidad o porque el empleador ha dejado de contribuir a dicha otra cobertura (en un plazo de 60 días si la otra cobertura era Medicaid o CHIP). Además, si tengo otro dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción, o solicitud de adopción, podré inscribirme a mí mismo y mis dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días a partir del matrimonio, nacimiento, adopción o solicitud de adopción.

Certifico nuevamente que toda la información proporcionada en este formulario es verídica, correcta y completa y reconozco que mi cobertura está sujeta a cancelación o cualquier otra acción permitida por la ley, si se determina que cualquiera de la información proporcionada es falsa o incorrecta.

Firma del empleado_____Fecha_____

P.O. Box 30192
Salt Lake City, UT 84130-0192
801-442-5038/800-538-5038
selecthealth.org

selecthealth.

Formulario de solicitud complementario de Utah para pequeños empleadores

Para obtener instrucciones relacionadas con esta solicitud, consulte la sección "G" en la próxima página.

Nombre del solicitante _____ Empleador_____

A. INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN MÉDICO

SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES (SEGÚN EL DISEÑO DEL PLAN SELECCIONADO POR SU EMPLEADOR):

1 – Equipo abierto. Si su empleador ha elegido la opción Panel abierto, seleccione una de las siguientes opciones de planes:
❑ Select Value℠ ❑ Select Med Plus℠ ❑ Select Care Plus℠

2 – HealthSave℠. Si su empleador ha elegido la opción Ahorros de salud, seleccione una de las siguientes opciones de planes:
❑ Select Value HealthSave℠* ❑ Select Med Plus HealthSave℠*
❑ Select Care Plus HealthSave℠*
(consulte la sección HSA a continuación)

3 – NetCare. Si su empleador ha elegido NetCare, seleccione una de las siguientes opciones de planes:
❑ Select Value ❑ SelectMed℠

---

* Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) (solamente para planes de ahorros de salud): si su empleador ha elegido un proveedor de cuenta preferido de SelectHealth, **marque una opción:**
❑ Sí, establezca mi HSA con HealthEquity® ❑ No, no establezca una cuenta HSA para mí.
Si marca "Sí", también debe completar el formulario *Inscripción en la Cuenta de Ahorros de Salud y autorización para divulgar la información de salud a HealthEquity.*

B. COBERTURA DENTAL O DE LENTES

❑ **Si desea obtener la cobertura SelectHealth Dental℠ o SelectHealth Eyewear℠,** *complete la sección "C".*

❑ **Si no desea obtener la cobertura SelectHealth Dental,** *complete la sección "D".*

C. SECCIÓN DE BENEFICIOS DE SALUD DENTAL O DE LENTES

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES (coloque su nombre y el de las personas a cargo elegibles que recibirán cobertura a continuación)

PARENTESCO	NOMBRE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO)	DENTAL (S/N)	LENTES (S/N)	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	EDAD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	OTRO SEGURO DENTAL	NOMBRE DE OTRA EMPRESA DE SEGURO DENTAL
EMPLEADO				M/F				S/N	
CÓNYUGE				M/F				S/N	
NIÑO				M/F				S/N	
NIÑO				M/F				S/N	
NIÑO				M/F				S/N	
NIÑO				M/F				S/N	
NIÑO				M/F				S/N	

D. RENUNCIA A LOS BENEFICIOS DENTALES DE SELECTHEALTH

Otra empresa de seguro dental _____ N.º de Id. del suscriptor _____ Tipo de póliza ❑ Grupal ❑ Individual

Nombre del titular de la póliza _____ Parentesco con el titular de la póliza

E. FIRMA DEL EMPLEADO

Firma del empleado _____ Fecha de la firma _____ /_____ /_____

F. AUTORIZACIÓN Y ACEPTACIÓN

Por la presente, solicito mi inscripción, junto con mis dependientes elegibles (si corresponde) para la cobertura de SelectHealth. En relación con esta solicitud y cualquier cobertura de plan que se pueda obtener, actúo como representante o tutor natural de mis dependientes. Además, con respecto a SelectHealth, autorizo a mi empleador a actuar como representante en mi nombre y en el de mis dependientes.
Estoy en el entendido de que la cobertura depende del cumplimiento de los criterios aplicables del proceso de evaluación y está sujeta a los términos y condiciones del contrato de seguro de salud grupal del empleador con SelectHealth. También estoy en el entendido de que no existirá cobertura hasta que SelectHealth apruebe a cada persona enumerada, que no se brindarán beneficios para ningún servicio que comience antes de que la cobertura esté en vigor y que, excepto se indique expresamente en el contrato de seguro de salud grupal, los beneficios no se seguirán aplicando luego de la finalización de mi cobertura o del contrato de seguro de salud grupal. Doy constancia de que toda la información suministrada en esta solicitud es verdadera y completa. Estoy en el entendido de que cualquier omisión o tergiversación intencional relacionadas con la información suministrada en esta solicitud puede provocar que se deniegue o anule la cobertura de un servicio que de otra manera estaría cubierto.

CONSENTIMIENTO DURANTE LA INSCRIPCIÓN. Estoy en el entendido de que el contrato de seguro de salud grupal se puede limitar a los proveedores de salud que cubrirán dichos servicios. Comprendo que el contrato de seguro de salud grupal limita o excluye ciertas condiciones o servicios y que es posible que mis afecciones preexistentes o las de otras personas incluidas en esta solicitud no obtengan cobertura. Acepto que si no cumplo los términos del contrato de seguro de salud grupal, es posible que los servicios de salud que recibo no obtengan la cobertura. Si el contrato de seguro de salud grupal prevé que se realicen contribuciones, autorizo a mi empleador a deducirlas de mi salario.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud, incluida la información de salud, es correcta, verdadera y completa. Si posteriormente recibo información que difiera de la que suministré en esta solicitud, acepto proporcionar rápidamente dicha información adicional a SelectHealth.

G. INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN E INFORMACIÓN ADICIONAL

Debe leer la sección “F. Autorización y aceptación” antes de firmar esta solicitud. Dicha sección contiene políticas y condiciones de aceptación. Debe completar detalladamente todas las áreas de la solicitud. Es su responsabilidad leer y comprender esta información y leer las instrucciones suministradas. Complete esa solicitud de manera legible y en tinta. Las aplicaciones ilegibles o incompletas demorarán los trámites. Las siguientes instrucciones lo ayudarán a completar esta solicitud. Si necesita más ayuda, póngase en contacto con su empleador, con el agente de seguros designado por SelectHealth o con un representante SelectHealth al **801-442-4908, opción 2 ó 800-442-3125, opción 2.**

- ❑ **COMPLETE Y FIRME EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD DEL PEQUEÑO EMPLEADOR DE UTAH**
  Las solicitudes para casos de inscripción especial deben enviarse antes de que transcurran 31 días del evento. También se debe enviar la documentación adicional, que incluye una copia de los papeles de adopción o entrega en adopción o del acta de matrimonio. Debe enviarse un certificado de cobertura acreditable (para comprobar la pérdida involuntaria de otra cobertura) tan pronto como sea posible.
- ❑ **INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES (secciones “B” y “C” del formulario de solicitud de seguro de salud del pequeño empleador de Utah)**
  Complete esta sección con toda la información solicitada sobre usted o sus dependientes. Si su cónyuge está inscrito, solamente puede eliminarse de su cobertura en las siguientes circunstancias:
  - Durante el período anual de inscripción abierta de su empleador.
  - Cuando su cónyuge acepta ser eliminado de su cobertura y firma para ello un formulario de modificación.
  - Cuando se suministra una prueba de anulación o divorcio legal (primera y última página de la sentencia de divorcio y cualquier página que especifique las responsabilidades de cobertura de niños sus dependientes, si usted ha seleccionado la cobertura familiar).

  A fin de ser elegible para recibir cobertura, la persona dependiente debe tener menos de 26 años de edad, a menos que cumplan los criterios de dependientes con discapacidad como se especifica en el certificado de cobertura. Cualquier persona dependiente que no figure en la lista no será considerada para la cobertura.
- ❑ **INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA ACTUAL/ANTERIOR (sección “E” del formulario de solicitud de seguro de salud del pequeño empleador de Utah)**
  Con el fin de coordinar los beneficios, complete esta sección para indicar si algún miembro recibirá la cobertura de otro seguro médico mientras este plan de salud esté vigente.

  NOTA: Debe enumerar cualquier otro seguro de salud de cada miembro que esté solicitando la cobertura a fin de que SelectHealth coordine los beneficios con otras empresas en los casos que sea necesario.
  Si usted u otra persona a su cargo elegible ha tenido una cobertura de seguro de salud en los últimos 63 días, se puede acreditar o renunciar a su período de espera de afecciones preexistentes (si corresponde). Debe presentar una prueba de cobertura anterior a SelectHealth, como un certificado de cobertura acreditable, para cada miembro. Tiene derecho a solicitar un certificado de cobertura acreditable a su compañía de seguro de salud anterior. Si es necesario, SelectHealth lo ayudará a obtener dicho certificado.
- ❑ **COMPLETE Y FIRME EL FORMULARIO COMPLEMENTARIO PARA PEQUEÑOS EMPLEADORES**
  Debe leer la sección “F. Autorización y aceptación”. Si ha leído, comprendido y acepta los términos expresados, firme y feche la sección “E”.

© 2011 SelectHealth. Todos los derechos reservados.1678 10/11