

## 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<sup>SM</sup>    Select Med Plus<sup>SM</sup>    Select Care Plus<sup>SM</sup>
- 3 - NetCare.** Si su empleador ha elegido NetCare, seleccione una de las siguientes opciones de planes:  
 Select Value    SelectMed<sup>SM</sup>
- 2 - HealthSave<sup>SM</sup>.** Si su empleador ha elegido la opción Ahorros de salud, seleccione una de las siguientes opciones de planes:  
 Select Value HealthSave<sup>SM\*</sup>    Select Med Plus HealthSave<sup>SM\*</sup>  
 Select Care Plus HealthSave<sup>SM\*</sup>  
**(consulte la sección HSA a continuación)**

\* 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<sup>SM</sup> o SelectHealth Eyewear<sup>SM</sup>, 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 cumpla 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".