



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)		
<input type="checkbox"/> Nuevo grupo	<input type="checkbox"/> Recién nacido	<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura _____
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Orden judicial	<input type="checkbox"/> Matrimonio _____
<input type="checkbox"/> Nuevo empleado	<input type="checkbox"/> Adición de dependiente	<input type="checkbox"/> Divorcio _____
<input type="checkbox"/> Nueva solicitud	<input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Permiso militar(USERRA) _____
<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Mini-COBRA de Utah	<input type="checkbox"/> Cobertura alternativa (Utah NetCare) para:
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente(s)		
Duración de continuación de cobertura: <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 36 meses <input type="checkbox"/> Otra:		
Fecha original del evento calificador:	Fecha del evento calificador:	Fecha del evento:
<input type="checkbox"/> 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 recontractación _____

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					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	lbs.	
Cónyuge / pareja doméstica*					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	lbs.	
Dependiente					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	lbs.	
Dependiente					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	lbs.	
Dependiente					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otra
Cónyuge/pareja doméstica*:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otra
Dependiente:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otra
Dependiente:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otra
Dependiente:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> 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 coleccionar "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, aun 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: <input type="checkbox"/> No dependiente de insulina <input type="checkbox"/> Dependiente de insulina <input type="checkbox"/> 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 ADMINISTRATIVAS 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		¿Continuará la cobertura?	Tipo de cobertura (marque todos los que apliquen)		
		Inicio	Fin		<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otra
Empleado:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otra
Cónyuge / pareja doméstica:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otra
Dependiente:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otra
Dependiente:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otra
Dependiente:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otra

DECLARACIÓN DE SALUD

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: _____	SÍ	NO
▶ ¿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		Nombre del médico, clínica u hospital, y dirección o teléfono, si lo sabe.
		Inicio MM/AAAA	Inicio MM/AAAA	

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 _____