



APLICACIÓN DE SEGURO DE SALUD PARA EMPLEADOR PEQUEÑO EN UTAH

SOLO PARA USO OFICIAL
Póliza / Número de Grupo
Fecha de Vigencia
Período de Espera para Empleo Nuevo

RAZÓN para la Inscripción (marque todos los que apliquen)		
<input type="checkbox"/> Grupo Nuevo	<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"/> Empleado Nuevo	<input type="checkbox"/> Adición de dependiente	<input type="checkbox"/> Divorcio _____
<input type="checkbox"/> Solicitud Nueva	<input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Permiso Militar(USERRA) _____
<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Mini-COBRA de Utah	
Duración de la 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 complete la pagina tres		

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

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

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Apellido _____ Nombre _____ Inicial ____ Puesto _____ Hrs/Week _____
 Estado de Empleo Propietario/socio Jubilado Otro _____ Fecha de empleo ____/____/____ Fecha de Jubilación ____/____/____
 Marital Status Legalmente casado Soltero Divorciado Viudo Pareja doméstica*
 Domicilio _____ Depto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____
 Dirección Postal _____ Depto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____
 Teléfono de Casa/Celular (____) _____ Teléfono de Trabajo (____) _____ Email: _____
 Si usted es indio americano o nativo de Alaska, proporcionan el estado y el nombre de su tribu reconocido por el gobierno federal: _____

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	Género	Usa Tabaco:
Empleado				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge / pareja doméstica*				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*Consulte con su empleador para determinar si está disponible la cobertura para pareja doméstica .

D. INFORMACIÓN DE COBERTURA ACTUAL

Por favor indique para CADA persona enumerada en esta aplicación cualquier cobertura de atención médica, Medicaid o Medicare actualmente en efecto. Esto se utilizará para determinar si los beneficios estarán coordinados. Cada persona que solicita cobertura debe ser citada a continuación. Si no hay cobertura de salud es en efecto, indicar NINGUNO. Si se proporciona cobertura para un dependiente de un matrimonio o una relación anterior, por favor adjunte una copia de la documentación del tribunal que demuestra quién es responsable para la cobertura de atención médica de los familiares. Adjunte una hoja separada si es necesario.

Nombre del Individuo	Asegurador (Alistar el nombre del titular de la póliza, asegurador nombre y número de teléfono)	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 Empresario <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otra _____
Cónyuge/Pareja Doméstica:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo Empresario <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otra _____
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo Empresario <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otra _____
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo Empresario <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otra _____
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grupo Empresario <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otra _____

E. RECONOCIMIENTO Y FIRMA

Estoy de acuerdo en acatar las disposiciones de la inscripción de la aseguradora. Entiendo que la cobertura no puede comenzar hasta después del periodo de espera. Yo autorizo a mi empleador para actuar como mi representante en todos los asuntos de la administración del programa de grupo.

Reconozco que he tenido la oportunidad de renunciar a la cobertura para mí y para cualquier dependientes elegibles.

Si la política contiene una disposición sobre arbitraje voluntario: CUALQUIER ASUNTO EN DISPUTA ENTRE USTED Y LA ASEGURADORA PUEDE SER SUJETO A ARBITRAJE COMO ALTERNATIVA A LA ACCIÓN DE LOS TRIBUNALES EN VIRTUD DE LAS REGLAS DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE ARBITRAJE U OTRO RECONOCIDO ÁRBITRO, UNA COPIA DE LA CUAL ESTÁ DISPONIBLE A PETICIÓN DEL ASEGURADOR. EL ASEGURADOR SUFRAGARÁ LOS GASTOS DE ARBITRAJE, CUOTAS, GASTOS ADMINISTRATIVOS Y HONORARIOS ÁRBITRO. OTROS GASTOS DE ARBITRAJE, INCLUYENDO, PERO SIN LIMITARSE A: HONORARIOS DE ABOGADO, GASTOS DE DESCUBRIMIENTO, TESTIGOS, TAQUÍGRAFO, TRADUCTORES Y OTROS GASTOS SIMILARES, SERÁN ASUMIDOS POR EL GRUPO DE INCURRIR EN ESOS GASTOS. CUALQUIER DECISIÓN ADOPTADA POR EL ARBITRAJE SERÁ VINCULANTE SOBRE USTED Y LA COMPAÑÍA. EL LAUDO ARBITRAL PUEDE INCLUIR HONORARIOS DE ABOGADO, SI ES PERMITIDO POR LA LEY ESTATAL Y PUEDE ENTRAR COMO UN FALLO EN CUALQUIER TRIBUNAL DE JURISDICCIÓN APROPIADA.

Yo certifico que toda la información completada en este formulario es verdadera, correcta y completa. Reconozco que si cualquier información proporcionada es falsa, el asegurador puede, sin previo aviso perseguir cualquier remedio disponible bajo la ley estatal o federal , incluyendo declarar nula y sin valor la cobertura y cancelar la cobertura retroactiva a la fecha original.

He leído el Reconocimiento de este documento y estoy de acuerdo a sus términos.

Empleador: _____

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

Firma del Empleado _____ Fecha _____

RENUNCIA DE COBERTURA

LLÉNESE PARA RENUNCIAR A SU COBERTURA O LA DE SUS DEPENDIENTES

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

Empleador _____

PERSONAS QUE RENUNCIAN A LA COBERTURA

Nombre de la persona que renuncia a la cobertura	Razón pro renunciar cobertura	Asegurador (Incluyendo el nombre del titular de la póliza, asegurador nombre y número de teléfono)	¿Continuará la Cobertura?
Empleado:	<input type="checkbox"/> Otra cobertura de grupo de empleador <input type="checkbox"/> Cobertura Individual <input type="checkbox"/> Gubernamentales (Medicare, Medicaid, Tricare, etc.) <input type="checkbox"/> Otra _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge/Pareja Doméstica:			
Dependiente:			
Dependiente:			
Dependiente:			

RECONOCIMIENTO Y FIRMA

Reconozco que he tenido la oportunidad de inscribirse, pero no desea hacer solicitud para esos individuos mencionados. En renunciar a la cobertura, soy consciente que renunciando a las personas (incluyéndome a mí, si yo estoy renunciando), que no puedo inscribirme ni ellos hasta el aniversario de mi grupo, a menos que la persona renunciante califica para un período de inscripción especial (SEP por sus siglas en inglés). Si yo he renunciado inscripción para mí o a cualquiera de mis dependientes (incluyendo a mi cónyuge/pareja doméstica:) a causa de otra cobertura de salud o cobertura de plan de salud grupal, en el futuro pueda ser calificado de un SEP y podrán inscribirse los individuos renunciados en este plan, si es que yo solicito inscripción dentro de 30 días después de la otra cobertura de las personas termina, debido a la pérdida de elegibilidad o de un empleador que deja de contribuir a otro tipo de cobertura (dentro de 60 días si fue la otra cobertura de Medicaid o CHIP). Además, si tengo un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, Tal vez pueda inscribir mis dependientes y yo siempre que solicito la inscripción dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Además certifico que toda la información completada en este formulario de renuncia de cobertura es cierta, correcta y completa.

Firma del Empleado _____ Fecha _____



Aviso de no discriminación

SelectHealth cumple con todas las leyes de derechos civiles federales vigentes, y no discrimina en base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente en base a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Brindamos ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, como lo son intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos). También brindamos servicios de idiomas gratuito a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo son intérpretes calificados e información del miembro escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicios a Miembros de SelectHealth al **1-800-538-5038** o a Servicios a Miembros de SelectHealth Advantage al **1-855-442-9900**. Cualquier miembro u otra persona que cree que pudo haber sido objeto de una discriminación puede presentar una queja o reclamo formal llamando al 504 o al coordinador de derechos civiles de SelectHealth al **1-844-208-9012** o a la línea directa de cumplimiento al **1-800-442-4845** (los usuarios de TTY deben llamar al: 711). También puede llamar a la oficina de derechos civiles al **1-800-368-1019** (los usuarios de TTY deben llamar al: **1-800-537-7697**).