



SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO DE PEQUEÑO EMPLEADOR DE UTAH

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA
No. Póliza / Grupo
Fecha de vigencia
PEC
Periodo de espera para contratación nueva

MOTIVO DE LA AFILIACIÓN (marque todas las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Grupo nuevo	<input type="checkbox"/> Recién nacido*	<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura*
<input type="checkbox"/> Afiliación abierta	<input type="checkbox"/> Matrimonio*	<input type="checkbox"/> Orden de la corte*
<input type="checkbox"/> Contratación nueva*	<input type="checkbox"/> Divorcio*	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Solicitud nueva	<input type="checkbox"/> Renovación de solicitud	<input type="checkbox"/> Incorporación de dependientes
* Fecha del evento		
<input type="checkbox"/> COBRA / mini-COBRA de Utah / cobertura alternativa para:		
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente Nombre del empleador:		
Duración de la cobertura de continuación de COBRA: <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 36 meses Otro:		
Fecha original del evento calificador: Fecha del evento calificador: Fecha del evento:		

	COBERTURA SOLICITADA					
Cobertura	Usted	Cónyuge	Hijo(s)	COBRA	mini-COBRA de Utah	Cobertura alternativa
Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Empleador _____ Fecha de contratación _____ Fecha de recontractación _____
 Ubicación _____ ¿Es una división? Sí* No *Si respondió "Sí", proporcione el nombre de la compañía matriz _____

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____
 Título del puesto _____ Hrs./Semana _____
 Estado civil Casado legalmente Soltero Divorciado Viudo Pareja de hecho
 Dirección _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono del hogar (u otro) (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____
 Empleador del cónyuge _____ Teléfono del hogar (u otro) del cónyuge (_____) _____
 Número de licencia de conducir: _____ Dirección de correo electrónico: _____

C. EMPLEADO / CÓNYUGE / DEPENDIENTES DE AFILIACIÓN (adjunte una hoja por separado si es necesario) En la siguiente sección, enumérese a usted mismo y a todos los familiares elegibles que se incluirán bajo la cobertura.

	No. Seguro Social (únicamente para uso interno)	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Edad	M/F	Peso	Estatura	Cobertura Médica	Cobertura De recetas médicas	HICN
Empleado						libras		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cónyuge						libras		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dependiente						libras		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dependiente						libras		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dependiente						libras		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dependiente						libras		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Los familiares elegibles incluyen al cónyuge, hijo natural, hijastro, hijo adoptivo, hijo puesto en adopción e hijo para el cual usted fue designado tutor legal por la corte. Para ser elegible para recibir cobertura, los niños deben ser menores de 26 años, no estar casados y depender de su apoyo económico al 50 por ciento. La dependencia económica no es obligatoria para la cobertura de hijos dispuesta por la corte. Cualquier dependiente no enumerado no será considerado para recibir cobertura.

D. ANULACIÓN DE COBERTURA

- Llene esta sección para sí mismo (si anula) y/o cualquiera de sus dependientes para los cuales usted anula la cobertura. Usted no puede afiliar dependientes si anula, excepto niños sujetos a una Orden Calificada de Cobertura Médica para un Menor.
- Si usted rechaza la afiliación en este plan para usted mismo y/o cualquiera de sus dependientes, incluso su cónyuge, debido a otra cobertura de atención médica, en el futuro podría afiliar al (los) individuo(s) omitido(s) en este plan, siempre y cuando solicite la afiliación en un lapso de 30 días después de terminar la cobertura del (los) individuo(s). ("Rechazar la afiliación" incluye la omisión del individuo de esta solicitud.) Además, si tiene a un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción, podría inscribirse a usted mismo y a sus dependientes, siempre y cuando usted solicite la afiliación en un lapso de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción, el Periodo Especial de Afiliación.
- Complete el tipo de cobertura de atención médica para el empleado y todos los miembros elegibles que tienen otra cobertura de atención médica al completar el tipo de cobertura de atención médica: es decir, colectiva, individual u otra (Medicare, Medicaid, V.A., H.I.P., etc.).
- Todos los familiares elegibles deben enumerarse en esta sección o en la sección titulada EMPLEADO / CÓNYUGE / DEPENDIENTES DE AFILIACIÓN.

Personas anuladas de la cobertura. Incluya el apellido si es diferente al del empleado. Por favor, no utilice sobrenombres.	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Otra cobertura de atención médica	Tipo de cobertura de atención médica			Nombre del asegurador	Motivo de la anulación
			Colectiva	Individual	Otra (explique)		
Empleado:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Cónyuge:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Dependiente:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Dependiente:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Dependiente:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Dependiente:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

E. INFORMACIÓN ANTERIOR/ACTUAL DE LA COBERTURA

Para CADA persona enumerada en esta solicitud, indique cualquier cobertura de atención médica, incluidos Medicare o Medicaid, vigente 24 meses antes de la fecha de vigencia propuesta de esta cobertura. A continuación debe enumerar a cada persona que solicite cobertura. Si no estuvo vigente ninguna cobertura de atención médica en los últimos 24 meses, indique NINGUNA. Si se proporciona cobertura para un dependiente de un matrimonio o relación anterior, adjunte una copia de los documentos de la corte en los que se menciona quién es responsable de la cobertura de atención médica del (los) dependiente(s) para que el asegurador pueda determinar de quién es la cobertura primaria.

Nombre del (los) individuo(s) de afiliación: (No Medicare)	Asegurador (Incluidos el nombre del titular de la póliza, nombre y número de teléfono del asegurador)	Fecha de cobertura Mes/Día/Año		¿Continuará el individuo con esta cobertura?	Tipo de cobertura (Marque todas las opciones que correspondan)
		De	A		
Empleado:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
Cónyuge:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
Dependiente:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
Dependiente:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
Dependiente:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
Dependiente:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica

MEDICARE: Si usted o algún familiar enumerado en esta solicitud tienen Medicare, la cobertura es de la Parte A Parte B Parte D y por favor llene la siguiente información. **Presente una copia de su tarjeta de identificación de Medicare con esta solicitud.**

Individuo de afiliación:	Fecha de vigencia / /	Número de Medicare (incluya el prefijo alfa)	Motivo del derecho a Medicare: <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD <input type="checkbox"/> Doble afiliación
Individuo de afiliación:	Fecha de vigencia / /	Número de Medicare (incluya el prefijo alfa)	Motivo del derecho a Medicare: <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD <input type="checkbox"/> Doble afiliación

Nota: Si ha tenido cobertura de atención médica en los últimos 63 días, su límite del periodo de espera relacionado con su Afección Preexistente (PEC, por sus siglas en inglés) podría anularse parcial o totalmente. Para determinar si esto aplica para usted, debe proporcionar una prueba de la cobertura anterior, como un Certificado de Cobertura Acreditado de su asegurador anterior. La presentación de la información de cobertura anterior no anula automáticamente ninguna limitación de la PEC. No obstante, usted estará sujeto a un Periodo de espera automático de la PEC de hasta 12 meses hasta que recibamos la evidencia de cobertura anterior.

F. INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDADES

¿Usted o alguno de sus dependientes tienen alguna discapacidad? Sí No

Si la respuesta fue afirmativa, indique el nombre y el apellido. _____

Motivo de la discapacidad: _____

¿El dependiente discapacitado no puede realizar las funciones de rutina diarias durante dos semanas o más? Sí No

¿Usted o cualquier dependiente han presentado reclamaciones por accidentes de trabajo o reclamaciones de discapacidad en los últimos cinco años? Sí No

De ser así, ¿cuál es el estado de las reclamaciones? _____

G. DECLARACIÓN DE SALUD

SI MARCA "SÍ" EN CUALQUIERA DE LAS AFECIONES O PREGUNTAS SIGUIENTES, PROPORCIONE LOS DETALLES EN LAS SECCIONES H. E. I. QUE SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

La Ley federal de no discriminación por información genética prohíbe a los aseguradores médicos solicitar, requerir, comprar o recopilar "información genética" para efectos de la contratación de seguros. La "información genética" incluye sus pruebas genéticas, las pruebas genéticas de sus familiares y la manifestación de una enfermedad o trastorno en los familiares no cubiertos por la póliza. La información genética también puede incluir solicitudes o recepción de servicios genéticos o la participación en investigaciones clínicas que incluyen servicios genéticos. **No proporcione información genética en este formulario.** No obstante, la información sobre enfermedades o afecciones manifestadas de cualquier persona que solicite cobertura no se considera información genética y deberá reportarla en este formulario, aunque la enfermedad o afección tenga origen o asociación con la genética.

Responda las siguientes preguntas:			SÍ	NO	En los últimos 5 AÑOS, a algún solicitante se le ha diagnosticado, ha sido tratado o ha tenido cualquiera de lo siguiente (continuación):			SÍ	NO
1	Embarazo/adopción: ¿usted, su cónyuge o cualquier familiar dependiente está embarazada o es económicamente responsable de un hijo en gestación o prevé adoptar un hijo en los próximos 12 meses?				21	Afecciones/trastornos reproductivos de la mujer: ¿sangrado irregular, estudio/frotis de Papanicolaou anormal, endometriosis, dolor pélvico recurrente, enfermedad pélvica inflamatoria o cualquier otro trastorno del sistema reproductivo?			
2	Tratamiento relacionado con el embarazo/fertilidad: ¿usted, su cónyuge o cualquier familiar dependiente están en tratamiento de infertilidad, evaluación o tratamiento de fertilidad (incluida la medicación), aborto espontáneo, complicaciones relacionadas con el embarazo (incluidos los nacimientos prematuros)?				22	Afecciones/trastornos digestivos: ¿úlceras, hernias, diarrea crónica, diverticulitis, diverticulosis, síndrome del intestino irritable, reflujo, dieta de reflujo gastroesofágico, cualquier otro trastorno digestivo o de la vesícula biliar, hemorroides, pólipos o cualquier otro trastorno del recto?			
3	Último período menstrual: ¿usted, su cónyuge o cualquier hijo elegible (propuesta o no para la obtención del seguro) no tuvo su último período menstrual? Si la respuesta es afirmativa, proporcione la fecha del último ciclo menstrual en la siguiente página.				23	Nervioso, mental y conductual: ¿consulta de salud mental, psicoterapia, depresión, estrés, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés), trastorno de salud mental o desequilibrio químico que requirió de consulta o medicamento?			
En los últimos 12 MESES algún solicitante:			SÍ	NO	En los últimos 10 AÑOS, a algún solicitante se le ha diagnosticado o ha sido tratado por cualquiera de lo siguiente:			SÍ	NO
4	Recetas médicas/medicamentos/vacunas: ¿fue recetado o tomó fármacos o medicamentos de venta libre, medicinas o inyecciones (incluidas las vacunas, anticonceptivos, etc.)?				24	¿Gota, artritis, artritis reumatoide, fibromialgia o esclerodermia?			
5	Afecciones que requieren de una consulta/tratamiento de seguimiento: ¿usted, su cónyuge o cualquier familiar dependiente tienen una afección para la que se recomendó, pero no se ha efectuado, hospitalización, estudios, consulta, evaluación, cirugía o medicamentos?				25	Afecciones/trastornos osteomusculares: ¿Espondilitis anquilosante, neuropatía, osteogénesis imperfecta, osteoporosis, hernia de disco o ruptura discal, espina bifida, cifosis, escoliosis, estenosis espinal, espondilolistesis, espondilosis u otro trastorno osteomuscular?			
6	Consulta/tratamiento médico: ¿fue consultado o recibió tratamiento de un médico, quiropráctico, consejero, terapeuta u otro proveedor de atención médica, incluida la atención de rutina y de bienestar?				26	Afecciones/trastornos digestivos: enfermedad de Crohn, colitis, colostomía, ileostomía u otro trastorno digestivo?			
7	Afecciones que requieren de una consulta/tratamiento inicial: ¿tuvo una afección, problema o trastorno médico o cualquier otra afección médica o mental que no esté enumerada para la que <u>no</u> ha buscado asesoría o tratamiento médico o de salud mental?				27	Consumo/abuso del alcohol o de las drogas: ¿se le sugirió reducir/limitar el consumo de alcohol o asistir a Alcohólicos Anónimos (o un programa similar) para su propio consumo de alcohol, dependencia a las drogas, abuso o mal uso de medicamentos recetados o no recetados como analgésicos, estimulantes, depresivos y/o alucinógenos?			
En los últimos 5 AÑOS, a algún solicitante se le ha diagnosticado, ha sido tratado o ha tenido cualquiera de lo siguiente:			SÍ	NO	28	Trastornos alimenticios/tratamiento para la obesidad: incluso bulimia, anorexia u obesidad y cualquier servicio quirúrgico para la obesidad.			
8	Afecciones o trastornos urinarios, incontinencia, de la vejiga, riñones o del hígado: ¿piedras en los riñones, ictericia, nefritis o cualquier otro trastorno del hígado, riñones o páncreas?				29	Afecciones/trastornos respiratorios: ¿virus sincitial respiratorio, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, tuberculosis, asma, apnea del sueño, pleuresía, EPOC (COPD, por sus siglas en inglés), sarcoidosis o enfisema?			
9	Trastornos neurológicos: ¿dolores de cabeza recurrentes, migrañas, lesión de la cabeza, epilepsia, ataques, convulsiones u otro trastorno neurológico?				30	¿Consumo de tabaco (masticado o fumado)? Fecha en que dejó de consumirlo: _____			
10	Afecciones/trastornos metabólicos y endocrinos: ¿lupus, trastorno de la tiroides, bocio o cualquier otro trastorno del sistema linfático?				ALGUNA VEZ el solicitante fue diagnosticado o recibió tratamiento para cualquiera de lo siguiente:			SÍ	NO
11	¿Afecciones/trastornos de los ojos, oídos, nariz, seno nasal o garganta o cualquier otro trastorno del sistema respiratorio, incluidas alergias o fiebre del heno?				31	Malformaciones/anomalías congénitas: ¿nacimiento prematuro, desarrollo de una discapacidad de aprendizaje, impedimento mental, síndrome de Down o trastorno del espectro autista?			
12	Afecciones/trastornos de la piel: ¿acné, psoriasis, eccema, brotes (excepto verrugas), lunares anormales, marcas de nacimiento anormales o cualquier otro trastorno de la piel?				32	Nervioso, mental y conductual: ¿trastorno afectivo bipolar, enfermedad maniaco-depresiva, esquizofrenia, síndrome cerebral orgánico crónico o trastorno psicótico?			
13	Afecciones/trastornos de los senos: ¿masas en los senos, aumento de senos o reducción de senos?				33	Trasplante o dispositivo implantado: ¿cualquier trasplante de órgano o tejido, marcapasos u otro dispositivo implantado?			
14	Afecciones/trastornos del corazón: ¿dolor en el pecho, presión arterial alta, colesterol alto, latido cardíaco irregular o cualquier otra enfermedad del corazón?				34	Afecciones/trastornos circulatorios y del corazón: ¿murmuro cardíaco, ataque cardíaco, cirugía de derivación (bypass), angioplastia/stent, coágulo de sangre, derrame cerebral, cirugía cardíaca, enfermedad arterial coronaria o insuficiencia cardíaca congestiva?			
15	Trastorno de la espalda, cuello, huesos, articulaciones o espina: ¿trastornos de los huesos o articulaciones (incluso pie, rodilla, mandíbula, fractura, dislocación o reemplazo de articulaciones)?				35	Afecciones/trastornos del sistema nervioso/cerebro: ¿esclerosis múltiple, distrofia muscular, parálisis cerebral, enfermedad de Lou Gehrig (ALS, por sus siglas en inglés), enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer o demencia?			
16	Afecciones/trastornos de la sangre: ¿hemofilia, anemia, trastorno de sangrado o la sangre?				36	¿Diabetes (tipo I o II), resistencia a la insulina?			
17	Afecciones/trastornos reproductivos del hombre: ¿impotencia, trastorno testicular o de la próstata, APE (PSA, por sus siglas en inglés) anormal u otro trastorno reproductivo?				37	Afecciones/trastornos del sistema inmunológico: ¿enfermedades del sistema inmunológico, virus de inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS, por sus siglas en inglés) o complejo relacionado con el SIDA (ARC, por sus siglas en inglés)?			
18	Afecciones/trastornos del sistema circulatorio: ¿venas varicosas o cualquier otro trastorno circulatorio?				38	Cáncer/tumores: ¿(incluso cáncer de piel o melanoma) o tumores?			
19	Hospitalización/cirugía: ¿usted, su cónyuge o cualquier familiar dependiente han estado hospitalizados o se les ha practicado una cirugía?				39	Afecciones/trastornos urinarios/del hígado: ¿Cirrosis, hepatitis o insuficiencia renal?			
20	¿Enfermedades de transmisión sexual?				OTRA INFORMACIÓN MÉDICA			SÍ	NO
					40	¿Existe alguna afección o tratamiento médico que no esté seguro de dónde encaja arriba?			

J. ACEPTACIÓN Y FIRMA

Acepto cumplir las provisiones de afiliación del asegurador. Entiendo que la cobertura no se puede iniciar hasta que haya cumplido el periodo de espera acordado por el empleador según está establecido en los registros del asegurador. Autorizo a mi empleador a fungir como mi agente en todos los asuntos de administración del programa colectivo y acepto que mi empleador en ninguna forma funge como agente para el asegurador.

Entiendo que podría no haber proveedores participantes en todas las áreas de especialidad.

Acepto que tuve la oportunidad de afiliarme, pero no deseo hacer esta solicitud para aquellos individuos enumerados en la sección anterior titulada ANULACIÓN DE COBERTURA (o para los familiares elegibles no enumerados en la sección anterior titulada EMPLEADO / CÓNYUGE / DEPENDIENTES EN AFILIACIÓN). Al anular la cobertura, estoy consciente de que los miembros anulados (incluyéndome, si anulo) no pueden afiliarse hasta el aniversario de mi grupo, a menos que el miembro anulado califique para un Periodo Especial de Afiliación (SEP, por sus siglas en inglés). Si anulé la afiliación para mí mismo o para cualquiera de mis dependientes (incluso mi cónyuge) debido a otra cobertura de atención médica o cobertura colectiva del plan de salud, en el futuro puedo calificar para un SEP y puedo afiliarme a los individuos anulados en este plan, siempre y cuando solicite la afiliación en un lapso de 30 días después de finalizar la otra cobertura del (los) individuos por pérdida de elegibilidad o por que un empleador deje de aportar hacia dicha otra cobertura. Además, si tengo un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción, podría inscribirme a mí mismo y a mis dependientes, siempre y cuando solicite la afiliación en un lapso de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción.

Entiendo que la acreditación de cobertura anterior se basará en la información que contiene esta solicitud y/o prueba de cobertura anterior, como un Certificado de Cobertura Acreditado que obtuve de mi(s) asegurador(es) de atención médica anteriores y proporcioné al asegurador.

Si cualquier información proporcionada es falsa o está incompleta, el asegurador puede, sin previo aviso, aplicar cualquier recurso disponible bajo las leyes estatales o federales, incluyendo pero no limitándose a: declarar la cobertura nula o inválida y cancelar la cobertura con retroactividad a su fecha de vigencia original; o imponer el periodo de espera relacionado con la afección preexistente y negar las reclamaciones que sean preexistentes, quedando sujetas a la acreditación de la cobertura anterior.

Si la póliza contiene una provisión de arbitraje voluntario: CUALQUIER ASUNTO EN DISPUTA ENTRE USTED Y EL ASEGURADOR PUEDE ESTAR SUJETO A ARBITRAJE COMO ALTERNATIVA A UNA ACCIÓN JUDICIAL CONFORME A LAS REGLAS DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE ARBITRAJE U OTRO ÁRBITRO RECONOCIDO, CUYA COPIA ESTÁ DISPONIBLE A SOLICITUD DEL ASEGURADOR. EL ASEGURADOR PAGARÁ LOS COSTOS DEL ARBITRAJE, CUOTAS DE PRESENTACIÓN, CUOTAS ADMINISTRATIVAS Y HONORARIOS DEL ÁRBITRO. OTROS GASTOS DEL ARBITRAJE INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A: HONORARIOS DEL ABOGADO, GASTOS DE DESCUBRIMIENTO, TESTIGOS, ESTENÓGRAFO, TRADUCTORES Y GASTOS SIMILARES, SERÁN PAGADOS POR LA PARTE QUE INCURRA EN DICHOS GASTOS. CUALQUIER DECISIÓN TOMADA POR EL ARBITRAJE SERÁ OBLIGATORIA PARA USTED Y LA COMPAÑÍA. EL LAUDO ARBITRAL PUEDE INCLUIR LOS HONORARIOS DEL ABOGADO, SI LA LEY ESTATAL LO PERMITE, Y PUEDE INGRESARSE COMO FALLO EN CUALQUIER CORTE DE LA DEBIDA JURISDICCIÓN.

Además certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verídica, correcta y completa y acepto que mi cobertura puede estar sujeta a cancelación u otra acción permitida por la ley, si se encuentra que la información proporcionada es falsa o incorrecta.

Doy fe que toda la información en este formulario es precisa. Leí la Aceptación de este documento y estoy de acuerdo con sus términos. Asimismo llené un formulario de autorización para divulgar información protegida sobre la salud, si dicho formulario acompaña a esta solicitud.

Firma del empleado _____ Fecha _____
(Una firma enviada por fax será válida como firma original.)

Formulario complementario de solicitud para Utah Pequeño empleador

Enero
10

Para conocer las instrucciones sobre esta solicitud, consulte la sección "E" en la página 2.

Nombre del solicitante _____ Empleador _____

A. INFORMACIÓN DEL PLAN DE SEGURO MÉDICO

ELIJA UNA OPCIÓN DE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES (CON BASE EN EL DISEÑO DEL PLAN ELEGIDO POR SU EMPLEADOR):

- 1 - Panel Abierto: Si su empleador eligió la opción de Panel Abierto, seleccione una de las siguientes opciones del plan:
 Select Value® Select Med Plus® Select Care PlusSM
- 2 - HealthSaveSM: Si su empleador eligió la opción de HealthSave, seleccione una de las siguientes opciones del plan:
 Select Value HealthSaveSM* Select Med Plus HealthSave®*
 Select Care Plus HealthSaveSM*
 (consulte la sección HSA a continuación)
- 3 - Opción Dual: Si su empleador eligió la Opción Dual, seleccione una de las siguientes opciones del plan:
 HMO/Plan Plus Plan HealthSave*
 (consulte la sección HSA a continuación)
- 4 - Dual Carrier—Si su empleador eligió la Opción Dual Carrier, se le inscribirá en el plan Select Med
 Select Med®
- 5 - NetCare—Si su empleador eligió NetCare, seleccione una de las siguientes opciones del plan:
 Select Value Select Med

*Cuenta de Ahorro Médico (HSA, por sus siglas en inglés) (Únicamente planes de HealthSave): Si su empleador eligió HealthEquity® (proveedor preferente de SelectHealth), **marque una opción:** Sí, abrir mi HSA con HealthEquity No, no abrir una cuenta HSA para mí
Si usted marcó "Sí", también debe llenar el Formulario de HSA de afiliación y autorización para divulgar a HealthEquity información sobre la salud.

B. COBERTURA DENTAL

- Sí, deseo la cobertura de SelectHealth Dental®.** Complete la sección "B1".
- No, no deseo la cobertura de SelectHealth Dental.** Complete la sección "B2".

B1. SECCIÓN DE BENEFICIOS DENTALES DE SELECTHEALTH

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO Y DE LOS DEPENDIENTES (A continuación enumérese a sí mismo y a los dependientes elegibles que serán cubiertos)

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

B2. RENUNCIA A LOS BENEFICIOS DENTALES DE SELECTHEALTH

Otro proveedor de seguro dental _____ No. Identificación de afiliado _____
 Tipo de póliza Grupo Individual
 Nombre del titular de la póliza individual _____ Parentesco con el titular de la póliza _____

C. FIRMA DEL EMPLEADO

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

D. AUTORIZACIÓN Y ACEPTACIÓN

Solicito ser afiliado con mi o mis dependientes elegibles enumerados, si corresponde, para obtener cobertura con SelectHealth. Con relación a esta solicitud y a la cobertura de cualquier plan que se pueda obtener, funjo como agente y/o tutor natural para mi o mis dependientes. Además, para tener tratos con SelectHealth, asigno a mi empleador para que funja como agente en mi nombre y en nombre de mi o mis dependientes. Entiendo que la cobertura depende del cumplimiento de los criterios aplicables de la contratación de seguros y está sujeta a los términos y condiciones del Contrato del Grupo para Seguro de Salud del empleador con SelectHealth. Además entiendo que ninguna cobertura entrará en vigor hasta que cada persona enumerada sea aprobada por SelectHealth, que ningún beneficio se proporcionará para ningún servicio que comience antes de que entre en vigor la cobertura y que, excepto que se indique explícitamente lo contrario en el Contrato del Grupo para Seguro de Salud, los beneficios no se ampliarán más allá de cuando termine mi cobertura o el Contrato del Grupo para Seguro de Salud. Expreso que toda la información proporcionada en esta solicitud es verídica y está completa. Entiendo que las omisiones o falsas declaraciones intencionales acerca de la información proporcionada en esta solicitud podrían ocasionar que un servicio, que de otra manera estaría cubierto, sea negado y/o que se cancele cualquier cobertura emitida.

CONSENTIMIENTO AL AFILIARSE. Entiendo que el Contrato del Grupo para Seguro de Salud puede limitar los proveedores de cuidados de la salud cuyos servicios serán cubiertos. Entiendo que el Contrato del Grupo para Seguro de Salud limita o excluye ciertas condiciones o servicios y que las condiciones preexistentes aplicables a mí mismo u otras personas incluidas en esta solicitud podrían no estar cubiertas. Acepto que en la medida que no cumpla con los términos del Contrato del Grupo para Seguro de Salud, los servicios de atención médica que obtengo podrían no estar cubiertos. Si el Contrato del Grupo para Seguro de Salud establece que se realicen aportaciones, autorizo a mi empleador a deducirlas de mi pago.

Declaro que a mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud, inclusive la información de salud, está debidamente registrada, es verídica y está completa. Si posteriormente tengo conocimiento de información diferente a la que proporcioné en esta solicitud, acepto proporcionar inmediatamente dicha información adicional a SelectHealth.

E. INSTRUCCIONES DE AFILIACIÓN E INFORMACIÓN ADICIONAL

Usted debe leer la Sección "D. Autorización y aceptación" antes de firmar esta solicitud. Contiene la política y los términos del contrato. Deberá completar detalladamente todas las áreas de la solicitud. Es su responsabilidad leer y entender esta información y seguir las instrucciones proporcionadas. Sírvase escribir con letra de molde legible y usando tinta. Las solicitudes ilegibles o incompletas retrasarán el proceso. Las siguientes instrucciones le ayudarán a llenar esta solicitud. Si necesita ayuda adicional, póngase en contacto con su empleador, agente/corredor o un representante de SelectHealth llamando al **801-442-4908, opción 2, o al 800-442-3125, opción 2.**

LLENE Y FIRME EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO DE PEQUEÑO EMPLEADOR DE UTAH

Las solicitudes para un evento de afiliación especial deben presentarse en un plazo de 31 días tras haberse producido el evento junto con la documentación correspondiente, que incluye una copia de los documentos de adopción y/o colocación o el acta de matrimonio. Se debe presentar un Certificado de Cobertura Acreditable (para comprobar la pérdida involuntaria de otra cobertura) tan pronto como sea razonablemente posible.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO Y DE LOS DEPENDIENTES (Secciones "B" y "C" en el Formulario de solicitud de seguro médico de pequeño empleador de Utah)

Llene esta sección con toda la información solicitada sobre usted y/o su(s) dependiente(s). Si su cónyuge está afiliado, él o ella únicamente pueden ser eliminados de su cobertura bajo las siguientes circunstancias:

- Durante el periodo anual de afiliación abierta de su empleador;
- Cuando su cónyuge acepte ser eliminado de la cobertura al firmar un Formulario de cambios; o
- Cuando se proporcione una prueba de divorcio o anulación legal (la primera y la última páginas de la sentencia de divorcio y cualquier página intermedia que especifique las responsabilidades de cobertura para los hijos dependientes si usted eligió la cobertura familiar).

Para ser elegible para recibir cobertura, los niños deben ser menores de 26 años, no estar casados y depender de su apoyo económico al 50 por ciento. (La dependencia económica no es obligatoria para la cobertura de dependientes dispuesta por la corte o por una orden administrativa.) Cualquier dependiente no enumerado no será considerado para recibir cobertura.

INFORMACIÓN ANTERIOR/ACTUAL DE LA COBERTURA (Sección "E" en el Formulario de solicitud de seguro médico de pequeño empleador de Utah)

Para la coordinación de los beneficios, llene esta sección para indicar si cada individuo estará cubierto o no por otro seguro médico mientras está vigente este plan de salud.

NOTA: Usted debe enumerar la información adicional del seguro médico por cada miembro que solicite cobertura para que SelectHealth coordine los beneficios con otras aseguradoras cuando sea necesario.

Si usted y/o su(s) dependiente(s) elegible(s) han tenido cobertura de seguro médico elegible en los últimos 63 días, su Periodo de espera relacionado con la condición preexistente (si corresponde) podría acreditarse o anularse. Usted debe proporcionar a SelectHealth una prueba de la cobertura anterior, como un Certificado de Cobertura Acreditable, por cada miembro. Tiene derecho a solicitar un Certificado de Cobertura Acreditable de su plan de cuidados de la salud. Si es necesario, SelectHealth lo ayudará para que obtenga dichos Certificados.

LLENE Y FIRME EL FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE PEQUEÑO EMPLEADOR

Usted debe leer la Sección "D. Autorización y aceptación". Si lee, entiende y acepta los términos establecidos, firme y coloque la fecha en la sección "C".