



PacAdvantage

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

Llene esta planilla detenidamente. Si pone información incompleta, esto le retrasará la inscripción. Para verificar la disponibilidad del proveedor, contacte con el departamento de servicio al cliente de la aseguradora o busque un directorio de proveedores en el sitio web de ésta. Si usted procura servicios antes de recibir la tarjeta de identificación de su plan, talvez se le exija pagar los costos de su propio bolsillo por la atención recibida. El plan podrá reembolsar esos costos-de-bolsillo si éstos forman parte de los beneficios cubiertos. Quédese con una copia de esta información y guárdela para constancia suya.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

1. Nombre de la compañía
2. Información personal
Nombre propio y apellido
Dirección física de su casa
Dirección postal, de ser diferente
Número de Social Security
Fecha de nacimiento
3. Horas que trabaja a la semana
4. Fecha de contratación en el trabajo:
La fecha en que usted empezó a trabajar 30 horas o más a la semana. Si su empleador ofrece cobertura a los empleados a tiempo parcial, la fecha en que usted empezó a trabajar 20 horas o más a la semana.
5. Clasificación de empleado (Consulte esta información con su empleador (entre las opciones se pueden encontrar las siguientes: a tiempo completo, a tiempo parcial, gerencial, no gerencial, sindicalizado, no sindicalizado, exento, no exento).)
6. Sección del plan médico (vease el Resumen de beneficios y/o su propuesta), el número del plan debe corresponder al nombre del plan
7. Opción de Cobertura Si inscribe dependientes, llene la sección para el dependiente.
Si inscribe una pareja doméstica, llene la planilla para "pareja doméstica".
Si renuncia a la cobertura médica, llene una planilla de Rechazo de cobertura.
8. Opción de copago
9. Selección del plan dental (número y nombre del plan seleccionado)
10. Plan de cuidado de la vista y opción de copago (número y nombre del plan seleccionado)
11. Plan de medicina complementaria y opción de copago (número y nombre del plan seleccionado)

FIRMAS NECESARIAS

12. Empleado
13. Dependientes de 18 años de edad o más
14. Empleador (Representante autorizado)

SECCIÓN PARA LOS DEPENDIENTES

Todos los dependientes de 2 años de edad o más obligatoriamente tienen que tomar las opciones que seleccione el solicitante principal.

15. Nombre propio y apellido
16. Número de Social Security, de haberlo
17. Fecha de nacimiento
18. Sexo y parentesco



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

PacAdvantage

MARQUE EL PROPÓSITO DE LA SOLICITUD:

- INSCRIPCIÓN DE NUEVO GRUPO
 NUEVO EMPLEADO
 CAMBIO
 COBRA

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Número de grupo _____

Fecha de entrada en vigor que se pide

____ / ____ / _____

Nombre de la compañía _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

- Sr. Sra. Srta.

Nombre propio _____

Inicial sgdo. nomb. _____

Apellido _____

Sufijo
(Jr., Sr., etc.) _____

Fecha de nacimiento

Número de Social Security

Sexo

____ / ____ / _____

____ - ____ - _____

- Masculino Femenino

Dirección física de la casa _____

Apto. _____

Ciudad _____

Condado _____

Estado _____

Zip (Código postal) _____

Método de correspondencia

- Correo Fax E-mail

Dirección postal alternativa _____

Apto. _____

Ciudad _____

Estado _____

Zip (Código postal) _____

Teléfono de la casa

Fax

____ / ____ / _____

____ / ____ / _____

Dirección de e-mail _____

Horas que trabaja a la semana _____

Fecha de colocación en el trabajo ____ / ____ / _____

Clasificación de empleado _____

PLAN MÉDICO / SELECCIÓN DE ASEGURADORA

¿Renuncia usted a cobertura médica? Sí No

Selección de aseguradora

Número del plan _____

Nombre del plan médico seleccionado _____

Selección de cobertura (si inscribe dependiente(s), sírvase llenar la Sección para Dependiente)

- Empleado solamente
 Empleado y cónyuge
 Empleado y pareja doméstica
 Empleado e hijo(s)
 Familia

Opción de copago Preferred \$10.00 Plus \$20.00 Standard \$30.00

Nombre propio del médico de atención primaria _____

Apellido del médico de atención primaria _____

Número de identificación del médico/grupo médico _____

¿Usted ya es paciente de ellos? Sí No

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

PLAN MÉDICO ANTERIOR

Seguro de grupo Medi-Cal MediCare Ninguno (No asegurado) Seguro individual

Nombre de la cobertura médica anterior

Fecha de comienzo del seguro anterior

Fecha de terminación del seguro anterior

___ / ___ / _____

___ / ___ / _____

¿Mantiene usted otra cobertura de seguro médico junto con PacAdvantage? Sí No

Otro seguro médico que usted mantiene junto con PacAdvantage

PLAN DENTAL / SELECCIÓN DE ASEGURADORA (si corresponde)

Número del plan Nombre del plan dental seleccionado

Renuncia a la cobertura para dependiente menor de 2 años (Hay que marcarlo si inscribe un dependiente menor de 2 años, o de lo contrario se le incluirá cobertura para el dependiente).

Selección de cobertura Empleado solamente Empleado y cónyuge Empleado y pareja doméstica Empleado e hijo(s) Familia

Número identificación de dentista/grupo dental

¿Usted es actualmente paciente? Sí No

Apellido del dentista (obligatorio para los planes dentales prepagados)

Nombre propio

Nombre de la cobertura dental anterior

Fecha de comienzo

Fecha de terminación

___ / ___ / _____

___ / ___ / _____

Seguro privado Medi-Cal MediCare Ninguno (No asegurado) Otro _____

PLAN PARA LA VISTA (si corresponde)

Número del plan Nombre del plan dental seleccionado

Renuncia a la cobertura para dependiente menor de 2 años (Hay que marcarlo si inscribe un dependiente menor de 2 años, o de lo contrario se le incluirá cobertura para el dependiente).

Selección de cobertura Empleado solamente Empleado y cónyuge Empleado y pareja doméstica Empleado e hijo(s) Familia

Selección de copago Plus Preferred

QUIROPRACTICA/ACUPUNTURA (si corresponde)

Número del plan Nombre del plan de medicina complementaria seleccionado

Renuncia a la cobertura para dependiente menor de 2 años (Hay que marcarlo si inscribe un dependiente menor de 2 años, o de lo contrario se le incluirá cobertura para el dependiente).

Selección de cobertura Empleado solamente Empleado y cónyuge Empleado y pareja doméstica Empleado e hijo(s) Familia

Selección de copago Plus Preferred

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO (Sección para dependientes)

SECCIÓN PARA DEPENDIENTE

Nombre propio del dependiente	Inicial sgdo. nomb.	Apellido del dependiente
_____	_____	_____
Sufijo (Jr., Sr., etc.)	Fecha de nacimiento	Número de Social Security del dependiente
_____	____ / ____ / _____	____ - ____ - _____
Sexo	Parentesco	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	
Dirección de residencia del dependiente, si es distinta a la de los miembros que se inscriben		
Dirección		Apto.
_____		_____
Ciudad	Estado	Zip (Código postal)
_____	_____	_____
Nombre propio del médico de atención primaria	Apellido del médico de atención primaria	
_____	_____	
Número de identificación del médico/grupo médico	_____	
Nombre de la cobertura médica anterior	Fecha de comienzo	Fecha de terminación
_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____
Nombre de la cobertura dental anterior	Fecha de comienzo	Fecha de terminación
_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____

SECCIÓN PARA DEPENDIENTE

Nombre propio del dependiente	Inicial sgdo. nomb.	Apellido del dependiente
_____	_____	_____
Sufijo (Jr., Sr., etc.)	Fecha de nacimiento	Número de Social Security del dependiente
_____	____ / ____ / _____	____ - ____ - _____
Sexo	Parentesco	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	
Dirección de residencia del dependiente, si es distinta a la de los miembros que se inscriben		
Dirección		Apto.
_____		_____
Ciudad	Estado	Zip (Código postal)
_____	_____	_____
Nombre propio del médico de atención primaria	Apellido del médico de atención primaria	
_____	_____	
Número de identificación del médico/grupo médico	_____	
Nombre de la cobertura médica anterior	Fecha de comienzo	Fecha de terminación
_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____
Nombre de la cobertura dental anterior	Fecha de comienzo	Fecha de terminación
_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO (Sección para dependientes)

SECCIÓN PARA DEPENDIENTE

Nombre propio del dependiente _____ Inicial sgdo. nomb. _____ Apellido del dependiente _____

Sufijo (Jr., Sr., etc.) _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Número de Social Security del dependiente _____ - _____ - _____

Sexo _____ Parentesco _____
 Masculino Femenino Cónyuge Pareja doméstica Hijo Otro (especifique) _____

Dirección de residencia del dependiente, si es distinta a la de los miembros que se inscriben
Dirección _____ Apto. _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip (Código postal) _____

Nombre propio del médico de atención primaria _____ Apellido del médico de atención primaria _____

Número de identificación del médico/grupo médico _____

Nombre de la cobertura médica anterior _____ Fecha de comienzo _____ / _____ / _____ Fecha de terminación _____ / _____ / _____

Nombre de la cobertura dental anterior _____ Fecha de comienzo _____ / _____ / _____ Fecha de terminación _____ / _____ / _____

SECCIÓN PARA DEPENDIENTE

Nombre propio del dependiente _____ Inicial sgdo. nomb. _____ Apellido del dependiente _____

Sufijo (Jr., Sr., etc.) _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Número de Social Security del dependiente _____ - _____ - _____

Sexo _____ Parentesco _____
 Masculino Femenino Cónyuge Pareja doméstica Hijo Otro (especifique) _____

Dirección de residencia del dependiente, si es distinta a la de los miembros que se inscriben
Dirección _____ Apto. _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip (Código postal) _____

Nombre propio del médico de atención primaria _____ Apellido del médico de atención primaria _____

Número de identificación del médico/grupo médico _____

Nombre de la cobertura médica anterior _____ Fecha de comienzo _____ / _____ / _____ Fecha de terminación _____ / _____ / _____

Nombre de la cobertura dental anterior _____ Fecha de comienzo _____ / _____ / _____ Fecha de terminación _____ / _____ / _____

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

Número de grupo

Nombre del empleado

Número de Social Security del empleado

DECLARACIONES

Lea cada una de las siguientes declaraciones detenidamente. Toda respuesta que sea falsa o imprecisa puede ser causa de la pérdida de su elegibilidad, de que PacAdvantage lo desinscriba así como de otras sanciones. Al firmar esta solicitud, usted se hace responsable de cada una de las declaraciones.

- 1) He revisado los servicios, la cobertura que se ofrece y los precios de los planes participantes.
- 2) Sé y comprendo que debo cumplir con los requisitos del Programa para poder ser empleado elegible.
- 3) Certifico que trabajo o resido en el área de servicio del plan o planes de seguro participantes que he seleccionado.
- 4) Sé y comprendo que si soy empleado elegible y no inscribo a mis dependientes en este momento, ellos no podrán inscribirse en el Programa sino hasta el próximo Período de Inscripción Abierta, a no ser que las Reglas que Rigen el Programa lo autoricen.
- 5) Sé y comprendo que puede haber períodos de espera para ciertos servicios dentales.
- 6) Declaro que cumpliré con las reglas de participación de cualquier plan participante en el que me inscriba.
- 7) Acepto seguir las leyes y las reglas que rigen el Programa.
- 8) Sé y comprendo que el presente contrato puede exigir que las disputas se resuelvan a través de arbitraje vinculante. (Vea aviso a continuación).
- 9) Como empleado que solicita participar en el Programa, sé y comprendo que mi elegibilidad se basa en que mi empleador siga calificando para poder participar.
- 10) Al firmar la presente solicitud, certifico que la información que se da en ésta es correcta y verdadera. Sé y comprendo que cualquier respuesta falsa o imprecisa que se dé en esta solicitud puede causar la pérdida de elegibilidad, la desinscripción así como otras sanciones.

AVISO DE ARBITRAJE

PacAdvantage es una cooperativa compradora que ofrece una serie de opciones de salud/dentales/de la vista/y de medicina complementaria. El inscribirse en muchos de estos planes constituye un acuerdo a comprometerse a que ciertas disputas se decidan mediante un arbitraje vinculante con renuncia de todo derecho a juicio por jurado o ante tribunal. Estas disputas podrían incluir la negligencia médica y otras reclamaciones relacionadas con la suministración de servicios de salud. Remítase a la Evidencia de Cobertura o al Certificado de Seguro del plan para determinar si el plan o planes que usted ha escogido exigen que haya arbitraje que obligue a las partes. Si usted escoge un plan médico, dental, de la vista o de medicina complementaria que exija la resolución de disputas mediante arbitraje vinculante, usted, sus dependientes y el plan renuncian a todo derecho a juicio por jurado o ante tribunal.

FIRMAS

Firma del empleado

Fecha en que se firmó

___ / ___ / _____

Firma del dependiente de 18 de edad o más

Fecha en que se firmó

___ / ___ / _____

Firma del dependiente de 18 de edad o más

Fecha en que se firmó

___ / ___ / _____

Si en esta solicitud el empleador añade un nuevo empleado que no fue incluido en la solicitud original para el programa, el empleador debe firmar y fechar la siguiente declaración:

Certifico que el empleado que aparece en la presente solicitud es un empleado elegible conforme a las reglas que rigen el programa.

Firma del empleador/representante autorizado

Fecha en que se firmó

___ / ___ / _____

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE COBRA/Cal-COBRA

Yo, el solicitante COBRA/Cal-COBRA, declaro lo siguiente:

- 1) Sé y comprendo que, al firmar la presente solicitud, me hago responsable de las Declaraciones que aparecen anteriormente, y donde se usa el término "empleado", tales Declaraciones aplican a mí como solicitante COBRA/Cal-COBRA.
- 2) Cumpliré con los requisitos de prima del Programa.
- 3) Debo cumplir con los requisitos del Programa así como los de las leyes federales o estatales para que continúe la cobertura bajo COBRA o Cal-COBRA.
- 4) Si mi antiguo empleador termina su participación en el Programa, cesará también la cobertura mía bajo el Programa, aunque quizá pueda continuar la cobertura a través de un plan sucesor con el antiguo empleador.

Fecha de comienzo de COBRA

Yo, el solicitante COBRA/Cal-COBRA, certifico que la información que se ha proporcionado en la presente solicitud es correcta y verdadera.

___ / ___ / _____

Firma del solicitante

Fecha en que se firmó

___ / ___ / _____