

# Solicitud de inscripción para seguro médico/dental/de vida/de la vista

## A. Información personal

Use lapizero de tinta azul o negra • No encoja esta forma

Nombre de la compañía			Núm. de teléfono del empleador			Nombre del puesto del empleado			Fecha de contratación a tiempo completo		
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja de hecho			<i>Observación: Si usted o alguno de sus dependientes no van a inscribirse, aún debe llenar y fechar la sección de renuncia al dorso.</i>					
Apellido del empleado						Núm. de Seguro Social del empleado					
Nombre del empleado						Fecha de nacimiento			Núm. de Grupo		
Domicilio de casa			Núm. de apto.		Ciudad		Estado		Código postal		
Núm. de teléfono (casa)		Direccion de correo electronico			Domicilio postal (si es diferente)						

## B. Selección de beneficios médicos (sólo escoja un plan)

<b>HMO</b>	<b>PPO</b>
<input type="checkbox"/> CalChoice® 15 <input type="checkbox"/> CalChoice® 30 <input type="checkbox"/> CalChoice® 25 <input type="checkbox"/> CalChoice® 40	<input type="checkbox"/> PPO 750 <input type="checkbox"/> PPO 2400 <input type="checkbox"/> HSA 2400* <input type="checkbox"/> PPO 1000 <input type="checkbox"/> HSA 1500* <input type="checkbox"/> Active Choice <sup>SM</sup> 500
Escoja un Plan de Servicios de Atención Médica de HMO:	<input type="checkbox"/> ELECT <sup>SM</sup> Open Access (Health Net)
<i>*Plan de Salud con Deducibles Altos elegible para HSA</i>	

## C. Beneficios opcionales — Pregunte al administrador de su plan de salud si su empleador ofrece algunos de los beneficios opcionales que figuran a continuación

SEGURO DE VIDA			
Nombre completo del beneficiario	Relación con el beneficiario	Fecha de nacimiento del beneficiario	Cantidad del seguro de vida
COBERTURA DENTAL			
<input type="checkbox"/> Dental Plan 1000 <input type="checkbox"/> Dental Plan 3000 <input type="checkbox"/> Voluntary Dental 3000 <input type="checkbox"/> Dental Plan 3500 <input type="checkbox"/> Dental Plan 4000 <input type="checkbox"/> Dental Plan 5000	<i>Si escoge los planes 1000 ó 3000, debe seleccionar un dentista:</i>	Dentista:	Núm. de identificación:
<input type="checkbox"/> Marque si el dentista es el proveedor actual <input type="checkbox"/> Marque si desea que se le asigne un dentista			
COBERTURA DE LA VISTA		PREMIUM ONLY PLAN (P.O.P.)	
<input type="checkbox"/> Vision (plan de descuento) <input type="checkbox"/> Voluntary Vision (cargo adicional)		<input type="checkbox"/> Deseo que se pague antes de los impuestos mi parte de las primas de seguro que califiquen	

## D. Información para inscripción (SÓLO llene esta sección si va a elegir cobertura médica, dental y/o de la vista para usted y sus dependientes)

	Empleado	Cónyuge	Hijo/a	Hijo/a	Hijo/a
Apellido	<input type="checkbox"/> Solicitud SÓLO para cobertura de vida				
Nombre					
Relación con el empleado		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho			
Núm. de Seguro Social					
Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento		/ /	/ /	/ /	/ /
Médico de Atención Primaria*					
Núm. de identificación y ciudad del médico					
¿Paciente actual del PCP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Discapacitado?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Inscripción para?	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent† <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent† <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent† <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent† <input type="checkbox"/> Vista

Marque aquí si desea que su Plan de Servicios de Atención Médica le asigne su Médico de Atención Primaria (PCP).  
 ➔ Para dependientes adicionales, completar secciones A y D en una aplicación aparte.

\* Por favor asegúrese de verificar que su PCP tiene contrato con la aseguradora de su elección antes de inscribirse. A los nuevos empleados que se agreguen a los grupos existentes se les asignará automáticamente un PCP si no escogen uno o si el PCP no tiene contrato con el plan de salud seleccionado. No se requiere que los suscriptores de Kaiser Permanente escojan un PCP.  
 † Los dependientes inscritos en la cobertura dental deben ser los mismos que están inscritos en la cobertura médica (excepto Voluntary Dental o niños menores de 3 años).

¿Quién puede estar cubierto?

Fechas de vigencia

Requisitos de cumplimiento **OBLIGATORIO**:

<p><b>Nuevo cónyuge/ Nuevo hijastro</b></p>	<p>Si contrajo matrimonio antes del 16 del mes, la cobertura comienza en la fecha del matrimonio<sup>†</sup></p> <p>Si contrajo matrimonio el 16 del mes o después, la cobertura comienza el primer día del mes <u>posterior</u> a la fecha del matrimonio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El empleado debe haberse casado legalmente con su nuevo cónyuge</li> </ul>
<p><b>Nuevo bebé, hijastro, tutores legales no temporales, e hijos dependientes</b></p>	<p>Si el nacimiento/fecha de colocación ocurrió antes del 16 del mes, la cobertura comienza en la fecha de su nacimiento/colocación<sup>†</sup></p> <p>Si el nacimiento/fecha de colocación ocurrió el 16 del mes o después, el hijo está cubierto automáticamente sin costo alguno junto con el suscriptor entre la fecha de nacimiento/colocación y el primer día del mes <u>posterior</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El hijo debe ser hijo natural, hijastro, adoptado por el empleado o éste debe ser su tutor legal</li> <li>■ Dependiente económicamente del empleado según las pautas del IRS</li> <li>■ Soltero</li> <li>■ Menor de 19 años de edad, a menos de que esté discapacitado y la discapacidad ocurriera antes de los 25 años de edad, o sea un estudiante de tiempo completo menor de 25 años</li> </ul> <p><u>La verificación de la elegibilidad ocurrirá anualmente en la fecha de nacimiento del hijo</u></p> <p><u>Dependientes discapacitados:</u> Los hijos que no sean capaces de mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad mental o física continua que se manifestó antes de la edad límite son elegibles para recibir cobertura hasta que termine la discapacidad. Documentación de discapacidad será Solicitada. Una vez que el hijo llegue a la edad límite de cobertura, se requerirá anualmente la reverificación.</p> <p style="text-align: center;"><b>Los dependientes deben satisfacer <u>todos</u> los requisitos indicados para calificar y poder inscribirse</b></p>
<p><b>Pareja de hecho</b></p>	<p><u>Durante la inscripción inicial o la renovar anual de grupo:</u> La cobertura comienza en la fecha de vigencia del grupo</p> <p><u>Pérdida involuntaria de otra cobertura:</u> A la pareja de hecho solamente se le puede agregar fuera del período de renovar si pierde otra cobertura involuntariamente. La cobertura entra en vigor el primer día del mes posterior.</p> <p><u>Agregar a mitad de año:</u> Si se desea agregar a una pareja de hecho a mitad de año, se requerirá una copia del certificado de registro de pareja de hecho con el sello del estado en un plazo no superior a los 30 días a partir de la fecha de su emisión O Una declaración jurada firmada para el sexo opuesto y parejas de hecho bajo la edad de 62.</p>	<p>Para que una pareja de hecho califique, el empleado y su pareja de hecho deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Compartimos una misma residencia;</li> <li>■ No existe enlace matrimonial de hecho, de derecho, o de otra pareja de hecho;</li> <li>■ Los dos tenemos 18 o más años de edad;</li> <li>■ Compartimos una relación seria y íntima;</li> <li>■ Estamos de acuerdo conjuntamente en responsabilizarnos por los gastos básicos de mantenimiento de cada uno durante la vida de pareja de hecho;</li> <li>■ Somos mentalmente competentes;</li> <li>■ No somos parientes de consanguinidad tan próxima que este estado prohíba nuestro matrimonio;</li> <li>■ Estamos de acuerdo en notificar a CaliforniaChoice® inmediatamente cuando termina la pareja de hecho.</li> </ul> <p>Entendemos que toda persona/compañía empleadora/compañía de seguro médico que sufra alguna pérdida debido a declaraciones falsas que contenga esta Declaración jurada de parejas de hecho puede tener motivo para entablar una demanda civil en contra nuestro para recuperar sus pérdidas.</p> <p style="text-align: center;"><b>El empleado y su pareja de hecho deben satisfacer <u>todos</u> los requisitos indicados para calificar y poder inscribirse</b></p>
<p><b>Hijos de uno de los miembros de la pareja de hecho</b></p>	<p>Véase la sección anterior sobre parejas de hecho</p>	<p><u>El miembro de la pareja de hecho debe satisfacer los requisitos indicados anteriormente y los hijos del miembro de la pareja de hecho deben ser:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hijo natural, hijastro, adoptado del empleado o del miembro de la pareja de hecho o uno de éstos debe ser su tutor legal</li> <li>■ Dependiente económicamente del empleado o del miembro de la pareja de hecho</li> <li>■ Soltero</li> <li>■ Menor de 19 años de edad, a menos de que esté discapacitado y la discapacidad ocurriera antes de los 25 años de edad, o sea un estudiante de tiempo completo menor de 25 años</li> </ul> <p><u>La verificación de la elegibilidad ocurrirá anualmente en la fecha de nacimiento del hijo</u></p> <p><u>Dependientes discapacitados:</u> Los hijos que no sean capaces de mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad mental o física continua que se manifestó antes de la edad límite son elegibles para recibir cobertura hasta que termine la discapacidad. Documentación de discapacidad será Solicitada. Una vez que el hijo llegue a la edad límite de cobertura, se requerirá anualmente la reverificación.</p> <p style="text-align: center;"><b>Los dependientes deben satisfacer <u>todos</u> los requisitos indicados para calificar y poder inscribirse</b></p>

<sup>†</sup> Aunque la cobertura puede entrar en vigor un día cualquiera del mes, basado en la fecha del matrimonio/pareja de hecho/nacimiento/adopción, se cobrará la prima total por el incremento de la cobertura según lo descrito en la columna de fecha de vigencia indicada anteriormente.

**E. Su reconocimiento LEGAL (Leer, firmar y fechar a pie de página)**

Al presentar esta solicitud firmada, estoy de acuerdo y entiendo que el plan de salud que he escogido por medio del Programa CaliforniaChoice® impondrá automáticamente un derecho de retención sobre cualquier pago de fondos de cualquier fuente por los servicios que se presten en conjunción con una lesión que resulte de acciones u omisiones de un tercero.

Estoy de acuerdo en mi nombre y el de mis dependientes en quedar sujeto a los beneficios, pagos suplementarios, pagos deducibles, exclusiones, limitaciones y otros términos del contrato para grupos pequeños del plan de salud.

Autorizo a mi médico, proveedor de atención médica, hospital, clínica u otra instalación con nexos médicos para que proporcione tanto mi información médica protegida como la de mis dependientes, incluidos los expedientes médicos, al plan de salud que he escogido por medio del Programa CaliforniaChoice® o sus agentes autorizados con el fin de revisar, investigar o evaluar solicitudes o reclamaciones, de asegurarse de la calidad y de revisar la utilización. Autorizo tanto a CaliforniaChoice® como al plan de salud que he escogido y a sus agentes, personas designadas o representantes para que revelen a un hospital, plan de salud, aseguradora o proveedor de atención médica cualquier tipo de información médica protegida si dicha revelación es necesaria para permitir la ejecución de cualquiera de esas actividades. Esta autorización entrará en vigor de inmediato y tendrá vigencia por un máximo de 30 meses a partir de la fecha en que se firme. Entiendo que yo o la persona autorizada para que actúe en mi representación tenemos derecho a recibir una copia de esta autorización.

He leído y entiendo la información que se me ha entregado sobre los Premium Only Plans y sus consecuencias fiscales.

**Declaro so pena de perjurio de conformidad con las leyes del estado de California de que las declaraciones a continuación son verdaderas, correctas y relativas con respecto al empleador que se menciona en esta solicitud, a mí y a mis dependientes que se mencionan en esta solicitud:**

- Trabajo en forma activa y permanente para el empleador y éste considera que reúno los requisitos debido a que trabajo más de 20 o más de 30 horas a la semana, o reúno los requisitos para participar en el programa COBRA/Cal-COBRA.
- No soy empleado eventual, temporero, por día ni 1099, ni tengo seguro de la póliza sindical del empleador ni califico para dicho seguro.
- Las fechas de nacimiento de mis hijos son exactas. Mis hijos son: solteros o no involucrados en una relación doméstica, y dependen de mi financieramente de acuerdo a los reglamentos del IRS. Mis hijos son nacidos de mí y mi conyuge/Compañero(a) doméstico(a), o son adoptados legalmente y/o pupilos legales no temporarios de mí o mi conyuge/Compañero(a) doméstico(a).

Entiendo que las declaraciones previas quedan sujetas a una auditoría en cualquier momento y estoy de acuerdo en entregar a CaliforniaChoice® cualquier tipo de información que sea necesaria para comprobar dichas declaraciones.

Entiendo que dar declaraciones falsas y/o no proporcionar la información que se solicite resultará en el término de todos los beneficios de CaliforniaChoice® 15 días después de la fecha de notificación del término de beneficios, y a partir de entonces se me responsabilizará de todos los servicios y cargos en que se incurran con los proveedores del Programa CaliforniaChoice®.

Entiendo que toda persona, empresa o plan de salud que sufra pérdidas como resultado de declaraciones falsas contenidas en el presente podrá tener motivo para entablar una demanda civil en mi contra con el fin de recuperar sus pérdidas.

- Las declaraciones hechas son la base sobre la que se puede emitir la cobertura.
- Si se ha omitido o se ha indicado falsamente algún dato esencial, se podrá cancelar la cobertura o el contrato del empleador se podrá rescindir.
- He LEÍDO, ENTENDIDO y CONFIRMO que tanto yo como mis dependientes hemos satisfecho todos los requisitos de elegibilidad indicados en la segunda página de esta solicitud.

Las leyes de California prohíben que los planes de servicio de atención médica requieran o utilicen una prueba de VIH como requisito para obtener cobertura.

**PERSONAS INSCRITAS EN HEALTH NET: ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE: Sujeto a los términos del contrato del plan o póliza de seguro (que podría prohibir el arbitraje obligatorio de ciertas disputas si el contrato del plan o la póliza de seguro están sujetos al artículo 1001, y subsiguientes, de ERISA 29 U.S.C.),** yo, el empleado, entiendo y convengo en que todas las disputas o desacuerdos entre mí (incluidos cualquiera de los miembros de mi familia inscritos o herederos o representantes personales) y las entidades de Health Net, las entidades de Safeguard y/o las entidades de Fidelity, referentes a la interpretación, cumplimiento o incumplimiento del contrato del plan o póliza de seguros, o referentes a otros asuntos relacionados o surgidos de mi membresía en las entidades de Health Net, las entidades de Safeguard y/o las entidades de Fidelity, ya estén declaradas por acto ilícito, contrato o de otra manera, y al margen de que otras partes, tales como proveedores de atención médica o sus agentes o empleados, estén o no involucrados, deberán someterse a arbitraje vinculante y definitivo en lugar de a un juicio ante juez o ante jurado. Entiendo que al aceptar someter todas las disputas a arbitraje vinculante y definitivo, todas las partes, incluidas las entidades de Health Net, las entidades de Safeguard y/o las entidades de Fidelity, renuncian a su derecho constitucional de que su disputa se decida en un tribunal de justicia ante un jurado. Entiendo asimismo que las disputas que pueda tener con las entidades de Health Net, las entidades de Safeguard y/o las entidades de Fidelity relacionadas con reclamaciones por negligencia médica están también sujetas a arbitraje vinculante y definitivo. En el contrato del plan o póliza de seguro se incluye una disposición sobre arbitraje más detallada. Mi firma a pie de página indica que acepto someter todas las disputas a arbitraje vinculante.

**PERSONAS INSCRITAS EN KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN: ACUERDO DE ARBITRAJE:** Entiendo que (excepto en casos de reclamaciones de pequeña cuantía, reclamaciones sujetas al procedimiento de apelaciones de Medicare y, si mi Grupo debe cumplir con ERISA, ciertas disputas relacionadas con beneficios) toda disputa que yo, mis herederos, parientes u otras partes asociadas, por una parte, puedan tener con Health Plan, sus proveedores de atención médica u otras partes asociadas, por otro lado, por supuestos incumplimientos de cualquier obligación surgida o relacionada con la membresía en Health Plan, incluidas todas aquellas reclamaciones por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación en el sentido de que los servicios médicos no fueron necesarios o autorizados o fueron prestados de una manera inapropiada, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de instalaciones o relacionadas con la cobertura o prestación de servicios o entrega de artículos, al margen de cualquier teoría legal, deberá ser decidida mediante arbitraje vinculante de conformidad con la ley de California y no mediante demanda judicial ni recurriendo a un procedimiento judicial, excepto que la ley vigente establezca una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Convengo en renunciar a nuestro derecho a juicio ante jurado y acepto el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición completa sobre arbitraje consta en la Evidencia de Cobertura (*Evidence of Coverage*).

**PERSONAS INSCRITAS EN SHARP:** Se entiende que todas las disputas o controversias entre el miembro y el Plan que surjan debido a este acuerdo de grupo o que estén relacionadas con él, excluidas las reclamaciones por negligencia médica, se determinarán mediante arbitraje vinculante y definitivo de conformidad con las disposiciones del artículo XIII de este acuerdo de grupo y no mediante demanda judicial ni recurriendo a un procedimiento judicial, excepto que la ley de California establezca una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este acuerdo de grupo, al formalizarlo, renuncian a su derecho constitucional de hacer que dichas disputas o controversias se resuelvan en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje.

**PERSONAS INSCRITAS EN WESTERN HEALTH ADVANTAGE:** Acuerdo de arbitraje: Acepto y entiendo que todas y cada una de las disputas entre mí (incluidos herederos y cesionarios) y Western Health Advantage, incluidas las reclamaciones por negligencia médica (es decir, una reclamación en el sentido de que los servicios médicos prestados de conformidad con este plan de salud no fueron necesarios o autorizados o fueron prestados de una manera inapropiada, negligente o incompetente), excepto en casos de reclamaciones de pequeña cuantía y reclamaciones sujetas a ERISA, se determinarán mediante arbitraje vinculante. Dichas disputas no se resolverán mediante demanda judicial ni recurriendo a un procedimiento judicial, excepto que la ley de California establezca una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Las partes de este acuerdo, así como sus herederos y cesionarios, renuncian a su derecho constitucional de hacer que dichas disputas se resuelvan en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje vinculante.

Empleado: **FIRME AQUÍ PARA COBERTURA MÉDICA, DENTAL, DE VIDA O DE LA VISTA:**      Escribe en letra de molde el nombre      Fecha:



Con mi firma reconozco tanto las declaraciones sobre arbitraje de la HMO que he seleccionado en la Sección B como mi decisión de inscribirme en la cobertura médica, dental, de vida y de la vista que he seleccionado en la Sección C

<b>Solicitantes de COBRA:</b> Marque el tipo de COBRA: <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA	<b>Indicar el evento calificador:</b> <input type="checkbox"/> Término del empleo <input type="checkbox"/> Reducción de horas	<input type="checkbox"/> Hijo(a) ya no califica <input type="checkbox"/> Divorcio/separación legal	<input type="checkbox"/> Derecho a Medicare <input type="checkbox"/> Muerte del empleado	<b>Fecha del evento calificador</b> <input type="text"/>
--	---	---	---	---

