

**A. INFORMACIÓN PERSONAL**

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 <i>(Observación: Si usted o alguno de sus dependientes no va a inscribirse, usted debe llenar y firmar la sección de renuncia al dorso.)</i> <input type="checkbox"/> Pareja de hecho															
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	
Teléfono (casa)				Dirección de correo electrónico				Domicilio postal <i>(si es diferente)</i>									

**B. BENEFICIO MÉDICO (sólo escoja un plan)**
**HMO**

Blue Shield	Health Net	Kaiser Permanente	Sharp Health Plan	Western Health Advantage
<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 15	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 15	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 15	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 15	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 15
<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 25	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 25	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 25	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 25	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 25
<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 25 Value	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 25 Value	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 30	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 30	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 30
<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 30	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 30	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 40	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 40	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 40
<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 40	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 30 Value			<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 40
<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 40 Value	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 40			<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 40 Value
	<input type="checkbox"/> CalChoice® HMO 40 Value			
	<input type="checkbox"/> Elect Open Access			

**PPO**

- |                                   |                                    |  |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| <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 |

**LA DISPONIBILIDAD DEL PLAN PPO SE BASARÁ EN LA ELEGIBILIDAD DEL GRUPO Y PODRÍA ESTAR SUJETA A CAMBIOS**

*\*Plan de Salud con Deducibles Altos elegible para HSA*

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

Llene las secciones A, D y F para la cobertura del seguro de vida

**Seguro de vida**

Nombre completo del beneficiario		Fecha de nacimiento del beneficiario	
Relación con el beneficiario		Cantidad del seguro de vida	

**Cobertura dental**

- |  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dental Plan FDH 100           | <input type="checkbox"/> Dental Plan 3500              | <input type="checkbox"/> Dental Plan 4000      | <input type="checkbox"/> Dental Plan 5000 | <input type="checkbox"/> Marque si el dentista seleccionado es el proveedor actual |
| <input type="checkbox"/> Dental Plan 1000 <sup>†</sup> | <input type="checkbox"/> Dental Plan 3000 <sup>†</sup> | <input type="checkbox"/> Voluntary Dental 3000 |   |  |

<sup>†</sup> Si escoge los planes 1000 ó 3000, debe seleccionar un dentista:

Dentista:

Núm. de identificación:

**Cobertura de la vista**

- 
- Vision (plan de descuento)
- 
- Voluntary Vision (cargo adicional)

**Premium Only Plan (P.O.P.)**

- 
- Deseo que se pague antes de los impuestos mi parte de las primas de seguro que califiquen

**D. INFORMACIÓN PARA LA 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"/> Sólo 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
¿Para qué se inscribe?	<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
<input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que su Plan de Servicios de Atención Médica le asigne un Médico de Atención Primaria (PCP).					
➔ Para inscribir dependientes adicionales, complete las secciones A y D en una solicitud 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 los niños menores de 3 años).					

**E. VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO**

Si desea incluir en su cobertura médica y/o dental a un dependiente que tenga entre 19 y 24 años de edad, su dependiente deberá satisfacer los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Ser soltero y no tener una relación con una pareja de hecho
- Dependier económicamente del empleado de conformidad con las pautas del IRS
- Estar inscrito como estudiante de tiempo completo en una escuela secundaria o universidad acreditada (llevar 12 o más unidades)

El empleado debe llenar y firmar este formulario. No llenar ni entregar esta verificación podría resultar en la denegación de servicios/reclamaciones que se presenten en nombre del dependiente.

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento
Nombre de la escuela	
Dirección	
Firma del empleado	Fecha

**F. SU RECONOCIMIENTO LEGAL (Lea, firme y feche donde se indica en la página siguiente)**

**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 a 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 a CaliforniaChoice® y 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 que las declaraciones a continuación son verdaderas, correctas y relativas 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.

(continúa en la página siguiente)

## F. SU RECONOCIMIENTO LEGAL (continuación)

- Las fechas de nacimiento de mis hijos son exactas. Mis hijos son solteros o no tienen una relación de pareja de hecho, y dependen económicamente de mí de conformidad con las pautas del IRS. Son hijos naturales míos o de mi cónyuge/pareja de hecho, o son adoptados legalmente y/o pupilos legales no temporales míos o de mi cónyuge/pareja de hecho.

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 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 que a partir de ese momento se me responsabilizará del costo de todos los servicios y cargos en que se incurra 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 podría 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 un hecho esencial, se podrá cancelar la cobertura o rescindir el contrato del empleador.
- He LEÍDO, ENTIENDO Y CONFIRMO que tanto yo como mis dependientes hemos satisfecho todos los requisitos de elegibilidad indicados en la página 5 de esta solicitud.

Las leyes de California prohíben que los planes de servicios 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 de la 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 estoy de acuerdo en que todas las disputas o desacuerdos entre yo (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 redacción, interpretación, cumplimiento o incumplimiento del Contrato del Plan o la Póliza de Seguro, 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 declarados por acto ilícito, contrato o de otra manera, y al margen de que otras partes, tales como los proveedores de atención médica o sus agentes o empleados, estén o no involucrados, deberán someterse a arbitraje vinculante y definitivo en lugar de 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 la 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 del Tribunal de Demandas de Menor Cuantía, de las reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelaciones de Medicare y, si mi Grupo debe cumplir con ERISA, de ciertas disputas relacionadas con beneficios) toda disputa que yo, mis herederos, parientes u otras partes asociadas, por un lado, puedan tener con Health Plan, sus proveedores de atención médica u otras partes asociadas, por el otro, 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 las instalaciones o relacionadas con la cobertura o la prestación de servicios o entrega de artículos, al margen de cualquier teoría legal, deberá ser decidida mediante arbitraje vinculante de conformidad con las leyes de California y no mediante una 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 un 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 estén relacionadas con el mismo, 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 una 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 someterse a arbitraje.

### PERSONAS INSCRITAS EN WESTERN HEALTH ADVANTAGE:

Acuerdo de arbitraje: Acepto y entiendo que todas y cada una de las disputas entre yo (incluidos todos los 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 se prestaron de una manera inapropiada, negligente o incompetente), excepto en casos del Tribunal de Demandas de Menor Cuantía y en 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, incluidos todos los herederos o 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 someterse a arbitraje vinculante.

Empleado **FIRME AQUÍ PARA COBERTURA MÉDICA, DENTAL, DE VIDA O DE LA VISTA:**

Escriba el nombre en letra de molde

Fecha:



Con mi firma reconozco tanto las declaraciones de arbitraje aplicable del HMO que seleccioné en la Sección B como mi decisión de inscribirme en la cobertura médica, dental, de vida o de la vista que he seleccionado en la Sección C.

#### Solicitantes de COBRA:

#### Indicar el evento calificador:

#### Fecha del evento calificador

Marque el tipo de COBRA:

COBRA  Cal-COBRA

Término del empleo

Reducción de horas

Hijo(a) ya no califica

Divorcio/separación legal

Derecho a Medicare

Muerte del empleado

#### Para uso exclusivo del empleador/CaliforniaChoice®

Grupo nuevo-empleado  Nuevo empleado  Renovar Fecha de vigencia:



¿Quién puede estar cubierto?

Fechas de vigencia

Requisitos de cumplimiento **OBLIGATORIO**:

¿Quién puede estar cubierto?	Fechas de vigencia	Requisitos de cumplimiento <b>OBLIGATORIO</b> :
<b>Nuevo cónyuge</b>	<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>
<b>Nuevo bebé, hijo adoptado, nuevo hijastro, pupilo legal no temporal e hijos dependientes</b>	<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, hijo adoptado o pupilo legal no temporal del empleado</li> <li>■ Depende 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><b>Dependientes discapacitados:</b> Los dependientes que no puedan mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad mental o física continua que exista antes de la edad límite califican para cobertura hasta que termine la discapacidad. Se requerirán documentos para comprobar la discapacidad. Una vez que el hijo llegue a la edad límite de cobertura, se requerirá anualmente la reverificación de la discapacidad.</p> <p><u>Se verificará la elegibilidad anualmente en la fecha del cumpleaños del hijo.</u></p> <p style="background-color: black; color: white; text-align: center; padding: 5px;"><b>Los dependientes deben satisfacer <u>todos</u> los requisitos indicados para calificar y poder inscribirse</b></p>
<b>Pareja de hecho</b>	<p><u>Durante la inscripción inicial o la renovación 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 renovación si pierde otra cobertura involuntariamente. La cobertura entra en vigor el primer día del mes posterior.</p> <p><u>Adición a mitad del año:</u> La adición de una pareja de hecho a mitad del año requerirá entregar una copia con el sello del estado del Certificado de Registro de Pareja de Hecho expedida por una agencia gubernamental estatal o local autorizada para efectuar dichos registros en un plazo no superior a los 30 días a partir de la fecha de su emisión o una declaración jurada firmada para parejas de hecho del sexo opuesto y menores de 62 años de edad.</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>■ Compartir una misma residencia</li> <li>■ No existir enlace matrimonial de hecho, de derecho, o de otra pareja de hecho</li> <li>■ Tener 18 o más años de edad</li> <li>■ Compartir una relación seria e íntima</li> <li>■ Estar de acuerdo conjuntamente en responsabilizarse por los gastos básicos de mantenimiento de cada uno durante la vida de pareja de hecho</li> <li>■ Ser mentalmente competentes</li> <li>■ No ser parientes de consanguinidad tan próxima que este estado prohíba el matrimonio</li> <li>■ Estar de acuerdo en notificar a CaliforniaChoice<sup>®</sup> inmediatamente en cuanto termine la pareja de hecho</li> </ul> <p>Se requiere que los miembros que conviven con una pareja de hecho del mismo sexo o que tienen más de 62 años de edad presenten un Certificado de Registro de Pareja de Hecho con el sello del estado y que sea expedido por una agencia gubernamental estatal o local autorizada para efectuar dichos registros en un plazo no superior a los 30 días a partir de la fecha de su emisión. Todos los demás deben presentar una Declaración Jurada de Parejas de Hecho.</p> <p style="background-color: black; color: white; text-align: center; padding: 5px;"><b>El empleado y su pareja de hecho deben satisfacer <u>todos</u> los requisitos indicados para calificar y poder inscribirse</b></p>
<b>Hijos del miembro de la pareja de hecho</b>	Véase la sección anterior sobre parejas de hecho	<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 pupilo legal no temporal de uno de éstos</li> <li>■ Depende 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><b>Dependientes discapacitados:</b> Los dependientes que no puedan mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad mental o física continua que exista antes de la edad límite califican para cobertura hasta que termine la discapacidad. Se requerirán documentos para comprobar la discapacidad. Una vez que el hijo llegue a la edad límite de cobertura, se requerirá anualmente la reverificación de la discapacidad.</p> <p><u>Se verificará la elegibilidad anualmente en la fecha del cumpleaños del hijo.</u></p> <p style="background-color: black; color: white; text-align: center; padding: 5px;"><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/relación de pareja de hecho/nacimiento/adopción, se cobrará la prima total por el incremento de la cobertura según lo descrito en la columna de fechas de vigencia indicada anteriormente.