

PARA SER COMPLETADO POR EL GRUPO (para empleados nuevos o a inscribirse)

Nombre de la empresa/DBA:	Domicilio de la empresa:
---------------------------	--------------------------

Debe completar este formulario en su totalidad a fin de que usted o sus dependientes estén cubiertos por el plan de seguro médico. Si usted está renunciando a su cobertura o a la de sus dependientes, deberá indicarlo claramente en este formulario. Si no completa este formulario para usted o sus dependientes en su totalidad por lo menos 5 días hábiles antes de la fecha de entrada en vigencia, tanto usted como sus dependientes podrán no ser beneficiarios de la cobertura hasta la apertura del próximo período de inscripción.

PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO (en caso de solicitar o renunciar a la cobertura)

PLAN DE BENEFICIOS:	NÚMERO DE GRUPO:
---------------------	------------------

A - EMPLEADO (Solicitante principal)

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial de segundo nombre):

Número de Seguro Social:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Promedio de horas que trabaja por semana:	Fecha de inicio de empleo a tiempo completo: (mm/dd/aaaa)
Domicilio particular (salvo apartado postal)		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular:		Teléfono laboral:	Correo electrónico:	
Teléfono celular:		Horario en que podemos contactarlo:	Ocupación:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		Marque una opción: <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA		Base de los ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> A comisión
Estado del empleado: <input type="checkbox"/> W2 <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Propietario/Socio		Fecha de entrada en vigencia de COBRA (mm/dd/aaaa)		

INSCRIPCIÓN NUEVA o RENUNCIA, marcar una:

<input type="checkbox"/> Nueva contratación	<input type="checkbox"/> Evento de vida calificado: _	Fecha: (mm/dd/aaaa) _
<input type="checkbox"/> Re contratación	<input type="checkbox"/> COBRA	
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura (completar sección B)	
<input type="checkbox"/> Nuevo grupo	<input type="checkbox"/> Otro: _	

B - RENUNCIA A LA COBERTURA

Completar y firmar si renuncia a toda la cobertura para sí mismo. Omitir si se inscribe a la cobertura. Enumere todos los empleados elegibles que se inscriben o renuncian a la cobertura cuando sean elegibles por primera vez.

Indique el motivo de la renuncia debajo.

<input type="checkbox"/> Plan Individual	<input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid	<input type="checkbox"/> COBRA/Continuación	<input type="checkbox"/> Tricare	<input type="checkbox"/> Empleador del cónyuge
<input type="checkbox"/> Costo/No lo deseo	<input type="checkbox"/> Otra: _			

Nadie me ha presionado o inducido ni a mi ni a mis dependientes para que rechace la cobertura de mi empleador, agente o Compañía de Seguros de Salud Nacional. Mis dependientes y yo hemos renunciado a dicha cobertura por decisión propia.

Firma:	Fecha:
Nombre impreso:	Fecha de empleo a tiempo completo:

C - SOLO PARA SER COMPLETADO POR INCORPORACIONES A GRUPOS EXISTENTES O CAMBIOS A LA COBERTURA EXISTENTE

Fecha de entrada en vigencia solicitada: / / (Sujeto a la aprobación de suscripción)

1. Grupos con múltiples planes médicos, indicar el plan solicitado.* Plan Médico #:

**Por favor contacte a su empleador para conocer las opciones/descripción del plan que están identificadas en la declaración de facturación de su empleador y/o cotización.*

2. Si se inscribe fuera del periodo de inscripción de su empleador, indique el motivo (se podrá solicitar documentación)

- a)
-
- Matrimonio
-
- Nacimiento
-
- Adopción
-
- Orden judicial (se requiere copia de la orden judicial)

En cualquiera de los casos, indique la fecha del evento / /

- b)
-
- Divorcio/Separación
-
- Pérdida de cobertura involuntaria, indique el motivo
-
- COBRA/Fin de continuación
-
-
- Otro

En cualquiera de los casos indicados en b, indique la fecha de finalización de cobertura / /

D - PERSONAS QUE RECIBIRÁN LA COBERTURA

(Incluya su nombre y el de todos los familiares que estarán asegurados. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional).

-
- Sólo el empleado
-
- Cónyuge del empleado
-
- Hijos del empleado
-
- Familia: Empleado, cónyuge e hijos

Incluya su nombre y el de todos los familiares que estarán asegurados

Apellido	Nombre	Parentesco y sexo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro Social
		Empleado <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	XXXXXX	XXXXXX
		Cónyuge <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		Hijo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		Hijo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		Hijo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		Hijo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		Hijo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

E - INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE SEGURO ADICIONAL1 En caso de aprobarse la cobertura, ¿tendrá algún plan médico que permanezca activo? Sí No

a) En caso afirmativo, ¿para quién?

b) Indique el proveedor y número de identificación/grupo

2 ¿Se encuentran actualmente usted, su cónyuge o dependientes cubiertos por Medicare Parte A, B o D? Sí NoEn caso afirmativo, ¿la cobertura permanecerá activa en caso de aprobarse la cobertura que está solicitando? Sí No

F - ANTECEDENTES MÉDICOS			
	Peso	Altura	¿Ha consumido algún tipo de tabaco/nicotina en los últimos 12 meses?
Empleado			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

1. Dentro de los últimos 5 años, ¿usted o alguno de sus dependientes incluidos en el presente formulario de inscripción han recibido algún tratamiento, examen, consulta o diagnóstico de un médico o proveedor por algunos de los casos siguientes? (Marcar todos los que corresponda). Brinde detalles sobre todas las respuestas afirmativas y condiciones marcadas en la parte G de la página siguiente.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA o VIH
<input type="checkbox"/> Abuso o dependencia de alcohol o drogas
<input type="checkbox"/> Artritis u otro trastorno óseo
<input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Reumatoide
<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Trastornos de espalda
<input type="checkbox"/> Quiro <input type="checkbox"/> Esguince/torcedura
<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Problemas de la sangre (incluyendo anemia)
<input type="checkbox"/> Cáncer o tumor; estado
<input type="checkbox"/> Local (restringido al órgano donde comenzó)
<input type="checkbox"/> Regional (se expandió a los ganglios/órganos linfáticos)
<input type="checkbox"/> Distante/Metástasis (se expandió a órganos distantes)
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho
<input type="checkbox"/> Diabetes Melito Fecha del inicio_ /_ /_
<input type="checkbox"/> Pre-diabetes <input type="checkbox"/> Dieta controlada
<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II
<input type="checkbox"/> Insulino-dependiente <input type="checkbox"/> Bomba de insulina
<input type="checkbox"/> Trastornos relacionados con la diabetes
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón <input type="checkbox"/> Nefropatía
<input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica
<input type="checkbox"/> Retinopatía <input type="checkbox"/> Embolia
<input type="checkbox"/> Trastornos digestivos
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa
<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Trastornos de los oídos/ojos/nariz/garganta
<input type="checkbox"/> Trastornos endócrinos
<input type="checkbox"/> Torcedura/quebradura de huesos
<input type="checkbox"/> Cardiopatías
<input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> Baipás
<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Colesterol
<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hodgkin/Linfoma/Leucemia
<input type="checkbox"/> Enfermedades del sistema inmunitario | <input type="checkbox"/> Infertilidad
<input type="checkbox"/> Trastornos de los riñones
<input type="checkbox"/> Lesiones o trastornos de las rodillas
<input type="checkbox"/> Trastornos hepáticos/Hepatitis
<input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C
<input type="checkbox"/> Hepatitis D <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Lupus
<input type="checkbox"/> Discoideo
<input type="checkbox"/> Lupus eritematoso sistémico
<input type="checkbox"/> Trastorno mental, nervioso o de la conducta
<input type="checkbox"/> Tratamiento hospitalario <input type="checkbox"/> Tratamiento ambulatorio
<input type="checkbox"/> ADHD/ADD <input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Migraña o dolor de cabeza crónico
<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple (EM)
<input type="checkbox"/> Trastornos musculares
<input type="checkbox"/> Trastornos del sistema nervioso
<input type="checkbox"/> Parálisis
<input type="checkbox"/> Discapacidad total o parcial
<input type="checkbox"/> Trastorno físico o deformidad
<input type="checkbox"/> Trastornos reproductivos
<input type="checkbox"/> Trastornos respiratorios/pulmonares
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica
<input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral o Accidente isquémico transitorio
<input type="checkbox"/> Trastorno tiroideo
<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo
<input type="checkbox"/> Trastorno de crecimiento <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Trasplante
<input type="checkbox"/> Órgano sólido <input type="checkbox"/> de sangre o médula
<input type="checkbox"/> Trastornos urinarios
<input type="checkbox"/> Trastornos vasculares |
|--|--|

2. Dentro de los últimos 5 años, usted o alguno de los dependientes incluidos en el presente formulario de inscripción:
- a. ¿Ha sido diagnosticado o recibido tratamiento por alguna condición no identificada anteriormente? Sí No
- b. ¿Ha sido aconsejado sobre la necesidad o posibilidad de cualquier internación, tratamiento, examen o cirugía futura? Sí No
3. ¿Se encuentra usted o alguna de sus dependientes embarazada? Sí No
- a. En caso afirmativo, indique la fecha de parto / /
- b. ¿Se realizará una cesárea? Sí No
- c. ¿Se esperan nacimientos múltiples? Sí No
- d. ¿Se encuentra usted o alguno de sus dependientes atravesando o espera alguna otra complicación? Sí No
4. ¿Se le han recetado a usted o a alguno de sus dependientes medicamentos en los últimos 18 meses incluidos en el presente formulario de inscripción. (Incluir pastillas, cremas, inyecciones, líquidos, inhaladores, pumps, etc.) Sí No

G - DETALLES

Por favor proporcione DETALLES COMPLETOS a las respuestas afirmativas/marcadas en el apartado F; incluyendo el nombre del/los Solicitante(s), condición(es), tratamiento(s), medicamento(s) y fechas. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada con los detalles; incluya el nombre del empleado.

Pregunta	Persona	Condición/diagnóstico	Fechas de tratamiento	Tratamiento incluye medicamentos y dosis	Última fecha de toma	Pronóstico

H – *** AVISO DE DISPOSICIONES FEDERALES ***** AVISO INICIAL SOBRE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIALES*******

Si rechaza la inscripción para usted y/o para sus dependiente (que incluye a su cónyuge) debido a la cobertura de otro plan de salud de grupo o seguro de salud, podrá inscribirse tanto usted como sus dependientes en el presente plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para dicha cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Debe, sin embargo, solicitar la inscripción en un plazo de 30 días a partir del fin de la otra cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción, podrá solicitar su inscripción y la de sus dependientes.

El 1 de abril de 2009 entró en vigencia una disposición federal que permite un Periodo de Inscripción Especial, que se resume a continuación.

Los empleados y sus dependientes que sean elegibles, pero no inscritos, recibirán un Periodo de Inscripción Especial, para cobertura en virtud de los términos de nuestro plan para inscribirse y recibir cobertura si se cumplen algunas de las siguientes condiciones:

a) El empleado o su dependiente se encuentra cubierto en virtud de un plan Medicaid o un plan estatal de salud para menores y la cobertura del empleado o su dependiente de dicho plan ha finalizado como resultado de la pérdida de elegibilidad para la cobertura. La solicitud de cobertura de nuestro plan de salud de grupo debe ser presentada a más tardar 60 días después de la fecha de finalización de dicha cobertura anterior bajo Medicaid o un plan estatal de salud para menores.

b) El empleado o dependiente es elegible para recibir asistencia en el marco de un plan de Medicaid o bajo un plan estatal de salud para menores. La solicitud de cobertura de nuestro plan de salud de grupo debe ser presentada a más tardar 60 días después de la fecha de elegibilidad para dicha asistencia.

I - SOLICITUD Autorización, firma, y acuerdo de arbitraje de plan de salud:

Por medio de la presente declaro que soy un empleado del empleador participante y que las declaraciones y respuestas a las preguntas del presente formulario de inscripción son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Comprendo que las declaraciones y respuestas contenidas en el presente documento serán utilizadas por *National General Benefits Solutions* para determinar la elegibilidad en virtud de la cobertura bajo el Programa de Auto-Financiamiento (el "Programa") para mí y para las personas que figuran en esta solicitud como mi cónyuge o hijos dependientes

Cuando sea aplicable, autorizo a mi empleador a deducir las contribuciones de mis ingresos para ser aplicadas al costo de la cobertura.

Entiendo que (1) las respuestas brindadas constituirán la base de cualquier cobertura proporcionada; (2) cualquier declaración falsa o información incompleta sobre las preguntas del presente formulario de inscripción se podrán utilizar como base para cambiar las tarifas o finalizar la cobertura; (3) si la cobertura no se aprueba, tanto yo como mi cónyuge o hijos dependientes, no tendremos derecho a recibir beneficios; (4) si yo o mi cónyuge o hijos dependientes renunciemos a la cobertura y decidimos solicitar la cobertura en una fecha posterior, entendemos que se nos podrán solicitar pruebas de elegibilidad y se podrán aplazar los beneficios por un período determinado; y (5) la cobertura no entrará en vigencia hasta que yo reciba aviso de que la presente solicitud haya sido aprobada por *National General Benefits Solutions*.

Por la presente autorizo a cualquier médico con licencia, médico, hospital, clínica u otra instalación médica o relacionada médicamente, compañía de seguros, farmacia o entidad farmacéutica relacionada, gerente de beneficios de farmacia (PBM) o entidad relacionada con PBM, agencia de información sobre el consumidor, agencia o empleador de seguros o reaseguros, que tengan información sobre mí o mis hijos menores de edad, a que proporcionen toda la información que pueda ser solicitada a *National General Benefits Solutions*, sus representantes legales o a cualquier servicio de recuperación de historiales médicos que sean solicitados por *National General Benefits Solutions*, incluyendo, entre otros, a EMSI.

La presente autorización incluye cualquier y toda la información que pueda obtener sobre mí, incluyendo, entre otros, información sobre el diagnóstico, pruebas, tratamiento y pronóstico de mi condición física o mental, así como del tratamiento por abuso de alcohol, tratamiento por abuso de drogas, tratamiento psiquiátrico, recetas de medicamentos, pruebas y tratamiento del VIH, pruebas y tratamiento de ETS, pruebas y tratamiento de células falciformes, datos de laboratorio y electrocardiogramas. Esta información también puede ser compartida con las compañías de historiales médicos contratadas por *National General Benefits Solutions*, incluyendo, entre otros, EMSI y sus agentes. Aunque las leyes federales requieren que le informemos sobre la posibilidad de que la información divulgada de acuerdo con la presente autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no quedaría protegida por dicha reglamentación, toda la información recibida por *National General Benefits Solutions* de conformidad con la presente autorización estará protegida por las leyes y reglamentos de privacidad federales y estatales.

Entiendo que se requiere la presente autorización con el fin de permitir que *National General Benefits Solutions* tome decisiones de elegibilidad o inscripción relativas a mí o mis dependientes o sobre suscripciones o determinaciones de calificación de riesgo de *National General Benefits Solutions*. Si me niego a firmar o revocar la presente autorización, *National General Benefits Solutions* podrá rechazar la consideración de mi solicitud de inscripción.

Entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento notificando por escrito mi deseo de revocarla ante *National General Benefits Solutions*. Dicha revocación deberá ser enviada por correo certificado a la siguiente dirección: Privacy Office, National General Insurance Company, 2200 Highway 121, 2nd Floor, Bedford, TX 76021. Dicha revocación no será válida si *National General Benefits Solutions* ha tomado medidas en virtud de lo autorizado.

La presente autorización caducará ante el primero de los siguientes eventos: la negación de mi solicitud, el rechazo de mi inscripción, o en caso cubierto, cuando ya no me encuentre cubierto por el presente programa, pero en ningún caso la presente autorización estará en vigor durante más de 24 meses a partir de la fecha de su firma.

Una persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros o a cualquier persona, presente un formulario de inscripción de cobertura o una declaración de reclamación que incluya información falsa u oculte, con el fin de engañar, información respecto a un hecho material relacionado al respecto, podrá ser culpable de cometer un acto criminal.

Reconozco que se me ha informado que (1) las declaraciones fraudulentas o la falsificación de hechos materiales pueden resultar en la cancelación retroactiva de mi cobertura y (2) las declaraciones erróneas con conocimiento e intencionales en el presente cuestionario de salud individual pueden representar una violación penal conforme al Título 18 del Código de los Estados Unidos, artículo 1347 (punible con hasta 10 años de prisión).

Firma del empleado/solicitante principal: _____

Fecha: _____