

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

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 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	
				mes / día / año			
Domicilio de casa		Núm. de apto.	Ciudad		Estado	Código postal	
Núm. de teléfono (casa)		Domicilio postal (si es diferente)					
()							

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

HMO	PPO
<input type="checkbox"/> Cal Choice 10 <input type="checkbox"/> Cal Choice 25 <input type="checkbox"/> Cal Choice 40 Escoja un Plan de Servicios de Atención Médica de HMO:	<input type="checkbox"/> Elect Open Access (Health Net) <input type="checkbox"/> PPO 250 <input type="checkbox"/> PPO 1000 <input type="checkbox"/> PPO 500 <input type="checkbox"/> PPO 2400 <small>LA DISPONIBILIDAD DEL PLAN PPO SE BASARÁ EN LA ELEGIBILIDAD DEL GRUPO Y PODRÍA ESTAR SUJETA A CAMBIOS</small>
	<i>Sólo para PPO: se debe llenar un Formulario de Verificación de Estudiante de Tiempo Completo para todos los hijos de 19 a 24 años de edad.</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 (sin cargo) <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).

* 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).

E. Su reconocimiento LEGAL (Lea, firme y ponga la fecha a continuación)

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 correctas. Mis hijos están solteros y dependen económicamente de mí según se define en las pautas del IRS (Servicio de Impuestos Internos). Mi cónyuge y yo somos los padres naturales de nuestros hijos o los adoptamos legalmente. O, si mi empleador permite la cobertura para parejas de hecho, mi pareja y yo somos los padres naturales o adoptivos de nuestros hijos.

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

ARBITRAJE: Entiendo que toda disputa o polémica que pudiese surgir con respecto a la ejecución, interpretación o incumplimiento del contrato entre mi plan de salud y yo (y/o cualquier dependiente inscrito), independientemente de que sea extracontractual o de cualquier otra índole, se someterá a arbitraje obligatorio en lugar de tener un juicio por jurado o ante un juez únicamente si no se resuelve mediante el proceso de quejas formales de mi plan de salud. Asimismo, a continuación se describen los requisitos específicos de los planes de salud que requieren recurrir a arbitraje obligatorio para resolver reclamaciones de negligencia profesional y médica.

SUSCRIPTORES DE HEALTH NET: Entiendo y estoy de acuerdo en que todas las disputas o discrepancias entre Health Net of CA y/o Health Net Life y yo (y miembros inscritos de mi familia o herederos o apoderados) con respecto a la interpretación, ejecución o incumplimiento del Contrato del Plan, Póliza de Seguro o Certificado de Health Net, o a otros aspectos relacionados con mi membresía con Health Net o a consecuencia de la misma, independientemente de que se declaren en forma extracontractual, contractual o de cualquier otra índole, e independientemente o no de que terceros (como los proveedores de atención médica, o sus agentes o empleados) también estén implicados, se presenten para arbitraje obligatorio y definitivo en lugar de tener un juicio por jurado o ante un juez únicamente. Entiendo que al consentir en someter todas las disputas a arbitraje obligatorio y definitivo, todas las partes, incluidos Health Net of CA y/o Health Net Life, renuncian a su derecho constitucional hasta el grado permitido por ley a que un jurado en un tribunal de justicia determine su disputa. Entiendo asimismo que las disputas que pudiese tener con Health Net of CA y/o Health Net Life relativas a reclamaciones de negligencia médica (es decir, si alguno de los servicios médicos prestados fueron innecesarios, no se autorizaron o se prestaron de una manera impropia, negligente o incompetente) también quedan sujetas a arbitraje obligatorio y definitivo.

No se requiere que los miembros que estén inscritos en un plan de un empleador que esté sujeto a las normas de ERISA, Sección 1001 y siguientes del Código de los Estados Unidos 29, una ley federal que gobierna los planes de beneficios, sometan a arbitraje obligatorio las disputas de ciertas "determinaciones negativas de beneficios" que haga Health Net. De acuerdo con ERISA, una "determinación negativa de beneficios" se refiere a una decisión de Health Net de negar, reducir, terminar o no pagar total o parcialmente un beneficio. Sin embargo, Health Net y yo podremos estar de acuerdo en someter voluntariamente a arbitraje las disputas sobre dichas "determinaciones negativas de beneficios" en el momento en que surja la disputa.

SUSCRIPTORES DE KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN: Entiendo que de conformidad con los términos de mi contrato de membresía con Kaiser Foundation Health Plan ("KFHP") cualquier disputa o discrepancia relativa o debido al contrato de membresía, su interpretación o su ejecución, entre algún miembro inscrito de mi familia, heredero u otra parte asociada o yo, por una parte, y KFHP o los proveedores de atención médica que tengan contrato con KFHP, por la otra, incluidas, entre otras, las reclamaciones por negligencia médica u hospitalaria, por responsabilidad civil de las instalaciones o relativa a la cobertura o prestación de servicios o artículos, independientemente de la teoría legal, se deberá someter a arbitraje obligatorio de acuerdo con las leyes de California y no presentar una demanda judicial ni un recurso judicial, excepto según lo disponga la ley correspondiente a la revisión judicial del proceso de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a mi derecho constitucional a tener un juicio ante jurado y acepto someterme a arbitraje obligatorio. Entiendo que la disposición de arbitraje total de KFHP se encuentra en su folleto *Evidence of Coverage*. Según se explica en la disposición total, es posible que no se requiera someterse a arbitraje para las reclamaciones de beneficios que quedan sujetas a remedios o reclamaciones federales exclusivos y que queden bajo la jurisdicción del tribunal de demandas de menor cuantía.

SUSCRIPTORES DE UNIVERSAL CARE: Estoy de acuerdo en que todas las disputas, incluidas las reclamaciones relativas a la prestación de servicios de acuerdo con el plan y las reclamaciones de negligencia médica (es decir, si alguno de los servicios médicos prestados con el plan de salud fueron innecesarios, no se autorizaron o se prestaron de una manera impropia, negligente o incompetente), excepto en las reclamaciones sujetas a las normas de ERISA, entre mis dependientes inscritos en el plan (incluidos los herederos o cesionarios) y yo, por una parte, y Universal Care o cualquier de sus oficinas matrices, subsidiarias o afiliadas, por la otra, se determinarán sometiéndose a arbitraje obligatorio. No se resolverá ninguna disputa por medio de demandas o recursos al proceso judicial, excepto en los casos que disponga la ley federal de arbitraje para la revisión judicial del proceso de arbitraje. Todas las partes de este contrato renuncian a su derecho constitucional a que un jurado en un tribunal de justicia determine su disputa y aceptan someterse a arbitraje obligatorio.

El contrato de mi plan de salud o póliza de seguro incluye una descripción más detallada de la disposición de arbitraje. Con mi firma y la entrega de esta solicitud, por medio del presente concuerdo con los términos y condiciones anteriores, y confirmo que la información que contiene la solicitud es verdadera y correcta.

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

Fecha:



Escriba en letra de molde el nombre

Solicitantes de COBRA:

Marque el tipo de COBRA:

COBRA Cal-COBRA

Situaciones que califican:

Término del empleo
 Reducción de horas

Un hijo que ya no califica
 Divorcio/separación legal

Derecho a Medicare
 Muerte del empleado

Fecha de la situación que califica

Para uso exclusivo del Empleador/Cal Choice

Grupo nuevo – Empleado Empleado nuevo Inscripción abierta Fecha de vigencia:

CC 0315A 10/2004

Sólo llene este formulario si no desea recibir cobertura médica o dental para usted y/o sus dependientes elegibles. **Si su empleador ofrece el beneficio de seguro de vida, no se podrá renunciar a tener ese beneficio y usted debe llenar una Solicitud de inscripción.** No se puede renunciar a tener seguro para quiropráctica cuando se inscriba para cobertura médica.

A. Información personal

Nombre de la Compañía										Núm. de teléfono del empleador									
Apellido del empleado										Núm. de Seguro Social del empleado									
Nombre del empleado										Núm. de Grupo									

B. Tipo de renuncia

Se me ha ofrecido cobertura con la de mi empleador, pero en este momento deseo **NEGARME A RECIBIR** la cobertura en los siguientes aspectos:

1) Cobertura médica para: Yo mismo y mis dependientes Cónyuge/Pareja de hecho Hijo(s)

2) Cobertura dental para: Yo mismo y mis dependientes Cónyuge/Pareja de hecho Hijo(s)

C. Motivos

Sólo se requiere un motivo si el empleado se niega a recibir la cobertura

1) Motivos para negarse a recibir la cobertura médica:

- Cobertura con otro grupo Nombre de la aseguradora: _____ Grupo (núm.): _____
- Medicare
- Medi-cal
- Póliza individual
- Otro motivo: _____ (se requiere explicar)

2) Motivos para negarse a recibir la cobertura dental:

- Cobertura con otro grupo Nombre de la aseguradora: _____ Grupo (núm.): _____
- Medicare
- Medi-cal
- Póliza individual
- Otro motivo: _____ (se requiere explicar)

D. Firma

Entiendo que si no escojo cobertura ahora, los Administradores de Beneficios de CaliforniaChoice pueden imponer un período máximo de 12 meses de exclusión en caso de que solicite cobertura en una fecha posterior.

También entiendo que si mi empleador me ofrece cobertura de seguro de vida **NO PUEDO RENUNCIAR A LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA.**

No se aplicará esta disposición sobre la renuncia si: 1) un juez ordena la cobertura de un cónyuge o un hijo y la solicitud de inscripción se presenta en un plazo de 30 días de dicha orden judicial; o 2) el empleado cumple con TODOS estos requisitos: A) tiene cobertura con un plan de salud patrocinado por otro empleador en el momento de la elegibilidad inicial; B) pierde la cobertura debido al término del empleo, cambio en su situación laboral, término involuntario de la cobertura del otro plan, suspensión de las contribuciones del empleador, o la muerte o divorcio del cónyuge; C) solicita la inscripción en un plazo de 30 días de la fecha de la pérdida de cobertura.

Empleado: **FIRME AQUÍ PARA RENUNCIAR A LA COBERTURA DE SEGURO:**

Fecha

