

TARJETA DE INSCRIPCIÓN DE PLAN DE SALUD AUTOFINANCIADO DE EMPLEADO

Puede ser Photocopied o duplicado para su uso. Por favor complete en tinta e inicial las modificaciones.

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE EMPLEADOS

NOMBRE Y APELLIDOS DEL EMPLEADO			ESTADO CIVIL		Almirante UTILIZAR SÓLO
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA	CIUDAD	ESTADO	ZIP		
NÚMERO de teléfono (incluya código de área)	Mejor tiempo en contacto con (si se requiere información adicional por administrador)				NO. DE EMPLEADO
FECHA comenzó a tiempo completo (mm/dd/aa)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL				CLASE
EMPLEADO POR	TELÉFONO de empleador (incluya código de área)	NO. PROM. HORAS TRABAJÓ SEMANALMENTE			FECHA DE VIGENCIA
UBICACIÓN DEL EMPLEADOR – DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	ZIP		OCC SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OCUPACIÓN Y DEBERES					CUP 48 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DATE _____
<input type="checkbox"/> Yo soy <input type="checkbox"/> no me un dueño, socio o Director Corporativo					CUP 40 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
me estoy inscribiendo para (marque uno): <input type="checkbox"/> Sólo a uno mismo <input type="checkbox"/> Ser cónyuge y <input type="checkbox"/> Yo y menores <input type="checkbox"/> uno mismo, la esposa e hijo (s)					SALUD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

RENUNCIA DEPENDIENTE

Si tiene dependientes (cónyuge o hijos) y no está inscribiendo a **todos** ellos, por favor complete lo siguiente:

No estoy inscribiendo mi (cheque uno o ambos): Cónyuge menores (marque uno)

Porque: Cubierto por otro plan de salud de grupo/individual. otros (explicar)

Entiendo que tengo el derecho de inscribir a mis dependientes en este momento. Yo estoy voluntariamente negarse a inscribir a mis dependientes y no han sido inducidos o presionados por alguien a declinar tal cobertura. Yo entiendo que, si no inscribo a mis dependientes en este momento y no tiene otra cobertura de calificación, su derecho a inscribirse en el futuro puede ser restringida, con una fecha tardía o un largo período de limitación de condición preexistente.

INFORMACION del participante completo para cada persona a ser matriculados (utilice la hoja adicional si es necesario).						USO DE ADM.					
NOMBRES DE LOS PARTICIPANTES	RELACIÓN	SEXO	ALTURA	PESO	Fecha de nacimiento	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	MUW	MHX	LAT	D & R	PXT
1. Nombre del empleado	Auto										
2.											
3.											
4.											
5.											

SECCIÓN 2 – COBERTURA PREVIA DE CRÉDITO

Se usted o sus dependientes han cubierto bajo cualquier plan de beneficios de salud en los últimos 90 días?... Sí

..... NO

En caso afirmativo, establecer crédito cobertura previa, proporcione la siguiente información en todas las coberturas vigentes en los últimos 12 meses (la mayoría de esta información puede obtenerse de su plan de beneficios actual tarjeta de identificación):

Tipo de cobertura Médicos integrales Otros (sírvase proporcionar copia de los beneficios del plan o programa de beneficios)

Nombre del Plan de salud de salud Plan____ (número de teléfono)_____

Fecha de vigencia de la anterior Coverage____ terminación Date____ Razón de
cobertura Termination_____

Plan tipo Empleador patrocinado por el empleador Name____ política/CERT Number____

IndividualPóliza/Number_____

Cobertura era para (marque todas las que correspondan); Self Spouse____ Niños

Prueba de cobertura es necesaria si la cobertura previa es distinta al plan de su empleador actual. Por favor nos proporciona una copia de su certificado de cobertura acreditable proporcionada por el plan de salud u otra documentación adecuada. Si es de cobertura para sí mismo o a un dependiente de una fuente diferente por favor documento sobre una hoja de papel por separado y adjunte.

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN MÉDICA

Proporcione detalles para cualquier respuesta "Sí" a continuación

1. En los últimos 5 años, usted o alguien inscribiendo para cobertura tenía un diagnóstico de o consulta, tratamiento o medicamentos para:

Sí NO Si NO

..... Cerebro o sistema nervioso... Diabetes o azúcar en la orina...

... Trastorno endocrino o suprarrenal... digestivo o trastorno Gastrointestinal...

... Hígado, páncreas o riñón... mama u órganos reproductivos...

... Presión de sangre anormal... Desórdenes autoinmunes...

... Corazón o sistema circulatorio... trastornos de vuelta o la columna...

... Dolor en el pecho o un accidente cerebrovascular... la artritis reumatoide...

... Blood Disorder..... enfisema, Tuberculosis, crónica

... Los vasos linfáticos o glándulas... La enfermedad pulmonar obstructiva...

... Cirrosis o Hepatitis... esclerosis múltiple o Fibrosis quística...

... La leucemia o la enfermedad de Hodgkin de... piel o enfermedad del colágeno...

... Cáncer (excluyendo el Carcinoma de células basales)... enfermedad de los músculos...

2. En los últimos 5 años, tiene cualquiera inscribiendo para cobertura diagnosticado como teniendo o tratado para el ser humano infección del virus (VIH) de inmunodeficiencia, cualquier otro síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o SIDA relacionados con

condición compleja de (ARC), pérdida de peso significativa, fatiga crónica, diarrea, sudoración nocturna o agrandamiento de las glándulas?... Sí NO

3. Está usted o cualquier dependiente (ya sea con cobertura o no) cirugía actualmente embarazada o anticipación, o alguien está inscribiendo para la cobertura de movilidad, restringida o incapaz de realizar las actividades normales del diario living and self

care?.....

Sí NO

4. Durante los últimos 5 años, tiene alguien inscribiendo para cobertura visitó un médico, tenía una consulta médica, had surgery, or been hospitalized?.....

Sí NO

5. Usted o cualquier dependiente de matriculas para cobertura actualmente tomando medicamento?... Sí NO

6. Para cualquier persona con cobertura, hay alguna condición médica existente o problema (incluyendo cualquier

¿no diagnosticado síntomas) en este formulario de inscripción no que se divulgaron lo contrario? Si respuesta es "sí",

SECCIÓN 4 – EMPLEADO DECLARACIÓN Y FIRMA

Yo por la presente: Request inscripción en los fondos propios grupo Health Plan (Plan) establecido y mantenido por mi empleador (patrono) para sus empleados elegibles y sus dependientes elegibles; Representan que yo soy un empleado elegible del empleador; Que mis declaraciones y respuestas a las preguntas en este formulario de inscripción son verídicas y completas a lo mejor de mi conocimiento y creencia; y autorizar la necesaria de empleador deducir cualquier Plan de contribución de mis ganancias.

ADEMÁS RECONOCER Y ENTENDER: Esto es no un plan de beneficio asegurado; Los beneficios del Plan son autofinanciados (autoasegurado) por el empleador; El empleador es responsable de todos los beneficiarios; Cobertura no es eficaz hasta que el Plan aprueba este formulario de inscripción; Beneficios del plan están disponibles sólo si una persona está cubierta por, y se han recibido todas las contribuciones necesarias para tal cobertura por el Plan; Si yo he renunciado cobertura para un dependiente, también renuncio a todos los reclamos bajo el Plan de beneficios para los que dependen y si decido inscribir a esa persona en una fecha posterior, la efectiva fecha para mis dependientes pueden retrasarse, o una de 18 meses
Podrán aplicar el Plazo de prescripción de condición preexistente ; Una descripción completa de los beneficios del gasto médico bajo el Plan aparece en la descripción de Plan de extracto, que resume el Plan oficial **Documento** ; Tagente presentando esta inscripción carece de autoridad para cambiar la forma de inscripción, aprobar el Plan de cobertura, alterar los términos del Plan o liquidar los reclamos; El empleador ha delegado ciertos actos administrativos no fiduciarios, ministeriales, deberes y responsabilidades del Plan a Allied National, Inc., un administrador de terceros con licencia (aliado); Sin embargo, el empleador patrocinando sigue siendo el patrocinador de Plan, Plan fiduciaria, administrador del Plan y Plan fiduciario y es responsable de todas las determinaciones de cobertura y los pagos de beneficios; Aliado no asegura el Plan y no es responsable para la financiación de los pagos de beneficios; Mis declaraciones y respuestas en este formulario de inscripción será la base para la aprobación de Plan de cobertura y cualquier tergiversación u omisión puede resultar en un aumento en las tasas de contribución del Plan o la terminación de mi cobertura; Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, envía un formulario de inscripción, o presenta un reclamo, que contiene una declaración materialmente falsa, u omitiendo información materialmente falsa, puede ser culpable de fraude en un Tribunal de Justicia.

Este PLAN contiene una limitación de las condiciones preexistentes: Si usted (o su dependiente) tiene una condición médica antes de inscribirse en el Plan, usted (o su dependiente) puede ser objeto de 12 meses tenga ningún estado prescripción (18 meses para fines inscritos), a menos que reducirse o eliminarse mediante cobertura acreditable; Esta exclusión se aplica sólo a las condiciones médicas que consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento se recomienda o recibió durante el período de seis 6 meses antes de la fecha efectiva de cobertura bajo el Plan (o el inicio de un período de espera); Esta exclusión no se aplica a embarazo, cualquier persona menores de

19 años de edad, o los hijos dependientes afiliados al Plan dentro de 30 días de nacimiento, adopción o colocación para adopción; Cobertura de salud previo para usted (o su dependiente) puede utilizarse para reducir o eliminar la limitación de condición preexistente, pero sólo si califica como cobertura acreditable y no han experimentado una ruptura en la cobertura superior a sesenta y dos (62) días consecutivos; Usted (o su dependiente) tiene derecho a la prueba de cobertura acreditable, documento solicitar un "certificado de cobertura acreditable" (u otra prueba de la cobertura) de su plan previo y enviando a aliado; También puede demostrar cobertura acreditable por otros medios; Servicio al cliente aliados
800-825-7531 para asistencia.

Derechos de inscripción especial: Si usted adquiere un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, él/ella pueden ser capaces de inscribirse sin demora ni pena, si usted solicita inscripción dentro de 31 días (del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción); Si rechaza la matrícula para cualquier dependiente (incluyendo a su cónyuge) debido a otro plan de salud o cobertura de seguro de grupo y dependen de posteriormente se convierte en elegible para la cobertura de otra (o el empleador deja de contribuir a que la cobertura), él/ella pueden ser capaces de inscribirse sin demora ni pena, si usted solicita inscripción dentro de

31 días de inhabilitación o terminación de las contribuciones del empleador; Si rechaza la matrícula para cualquier dependiente (incluyendo a su cónyuge) debido a la cobertura de Medicaid o un plan de salud del niño de estado, y cobertura de dependientes se termina posteriormente debido a la inhabilitación, él/ella pueden ser capaces de inscribirse sin demora ni pena, si usted solicita inscripción dentro de 60 días de la terminación de la cobertura; Si rechaza la matrícula para cualquier dependiente (incluyendo a su cónyuge) y dependiente de posteriormente se convierte en elegible para un subsidio de asistencia premium de Medicaid o un plan de salud del niño de estado, él/ella pueden ser capaces de inscribirse sin demora ni pena, si usted solicita inscripción dentro de 60 días de elegibilidad para el subsidio. Para solicitar inscripción especial contacto del empleador o aliado servicio al cliente al
800-825-7531.

Aviso de información PERSONAL: Como requerido por ley, este aviso se pretende informarle que 1) Podemos

recopilar información personal de terceros; 2) Dicha información, así como otra información privilegiada o personal recogidas por el plan de salud o su representante legal puede ser en algunos casos, según lo prescrito por la ley, divulgada a terceros sin su autorización previa; 3) Usted tiene el derecho de acceso y rectificación de la información recogida; 4) Su derecho de acceso no incluye cualquier información que se relaciona y se recoge en conexión con, o en anticipación razonable de, demanda o procedimiento civil o penal; 5) Nosotros le proporcionaremos un aviso más detallado de las prácticas de información bajo petición.

Autorización para la divulgación de información: autorizo la divulgación de toda la información personal no pública e información de salud protegida identificable individualmente para mí (y mis dependientes), incluyendo pero no limitado a la situación laboral, otro plan de cobertura de salud, diagnóstico, pronóstico, tratamiento médico o cuidado, en su caso y condiciones físicas o mentales (incluyendo la dependencia de alcohol o drogas), por cualquier médico, médico, hospital, otro médica relacionada con la instalación, compañía de seguros, plan de empleador o beneficio tener dicha información, para el plan de salud o su representante legal, agente o proveedor, con el fin de proceso de inscripción y reclamaciones. Reconocen y aceptan que esta autorización será válida durante dos 2 años; que yo puedo revocar por escrito en cualquier momento; que puedo pedir una copia de esta autorización; esa inscripción, pero no la tramitación de las solicitudes, está condicionada en mi firma esta autorización; que esta autorización se utilizará como su propio documento, independiente de la inscripción; que una copia de esta autorización será tan válida como la original; que cualquier documentación o información revelada en virtud de esta autorización puede ser noautorizada y ya no puede ser cubierta por las leyes de privacidad federales o estatales; y que tengo autoridad para actuar como representante personal de mis dependientes (si está solicitando cobertura de dependientes).

Firma del empleado **X** _____

Date _____

Copias electrónicas de la tarjeta de inscripción por fax, correo electrónico u otros medios electrónicos se considerará un original.

DEVOLVER la tarjeta de inscripción a la gestión de Montgomery: