

# PROGRAMA DE PAGOS PRE-ESTABLECIDOS FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



Envíe el formulario completado y firmado por correo electrónico a [eligibility@abadmin.com](mailto:eligibility@abadmin.com).

## SECCIÓN 1 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

NOMBRE		APELLIDO(S)		
ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	SEPARADO	DIVORCIADO O VIUDO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				
CUIDAD	ESTADO	C.P.	GÉNERO	
EMAIL	#SS		—	—
FEC. NAC.	MM/DD/AA	TELÉFONO	MEJOR HORARIO PARA CONTACTARLO	
ESTATURA (PIES)	#' ##"	PESO (LIBRAS)	# DE GRUPO	LUGAR
EMPRESA	FECHA DE INICIO DE TIEMPO COMPLETO		MM/DD/AA	PROMEDIO DE HORAS SEMANALES
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CIUDAD		
		ESTADO		
		C.P.		
TELÉFONO DEL EMPLEADOR		¿ES UD. UN DUEÑO, SOCIO O DIRECTOR CORPORATIVO?		
		SÍ NO		
OCUPACIÓN Y FUNCIONES				
ESTOY INSCRIBIENDO A (MARQUE UNO): MÍ MISMO MI CÓNYUGE Y YO MIS HIJOS Y YO MI CÓNYUGE, MIS HIJOS Y YO				
PLAN SELECCIONADO		IMPORTE DEL DEDUCIBLE		

*Sólo para uso administrativo*

CASO #

# DE EMPLEADO

CLASE

FECHA DE VIGENCIA MM/DD/AA

---

OCC  SÍ  NO

CUP 48  SÍ  NO  FECHA

CUP 40  SÍ  NO

SALUD  SÍ  NO

**ESTOY RENUNCIANDO A LA COBERTURA PARA** MÍ (Y MIS DEPENDIENTES) CÓNYUGE HIJOS DEPENDIENTES

*Si renuncia a la cobertura, ESTOY RENUNCIANDO A MI COBERTURA Y **NO** ME ESTOY INSCRIBIENDO PORQUE ESTOY:*

CUBIERTO POR OTRO PLAN MEC DE ABA CUBIERTO POR OTRO PLAN OTRO (EXPLIQUE):

Si he renunciado a la cobertura para mí mismo y/o para mis dependientes (incluyendo a mi cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, en el futuro podría inscribirme a mí mismo y/o a mis dependientes en el plan siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 30 días después de que mi otra cobertura haya terminado debido a la pérdida involuntaria de cobertura (ej.: divorcio, fallecimiento, separación legal, terminación de empleo, reducción en el número de horas de empleo, terminación de las contribuciones del empleador a la otra cobertura, pérdida de elegibilidad, cambio de residencia o lugar de empleo fuera del área de servicio en donde ningún otro paquete de beneficios está disponible, cese de estatus como dependiente o el plan ya no ofrece beneficios a la clase de individuos que están situados similarmente al individuo). Adicionalmente, si tengo un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o solicitud de adopción, podría inscribir a mis dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 30 días después de la fecha del evento.

NOMBRE  FECHA MM/DD/AA  FIRMA

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE Complete para cada persona a ser inscrita.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	RELACIÓN	SEXO	ESTATURA	PESO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿FUMADOR?
1	MÍ MISMO/A						SÍ NO
2							SÍ NO
3							SÍ NO
4							SÍ NO

# PROGRAMA DE PAGOS PRE-ESTABLECIDOS FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



Envíe el formulario completado y firmado por correo electrónico a [eligibility@abadmin.com](mailto:eligibility@abadmin.com).

## SECCIÓN 2 CRÉDITO DE COBERTURA PREVIA

¿TIENE USTED O SUS DEPENDIENTES ACTUALMENTE ALGUNA OTRA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD? SÍ NO

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

TIPO DE COBERTURA GASTOS MÉDICOS MAYORES OTRO (PROPORCIONE UNA COPIA DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN)

NOMBRE DEL PLAN NÚMERO DE TELÉFONO FECHA DE VIGENCIA MM/DD/AA

FECHA DE TERMINACIÓN MM/DD/AA RAZÓN DE LA TERMINACIÓN

TIPO DE PLAN PATROCINADO POR EL EMPLEADOR: NOMBRE # DE PÓLIZA/CERT

INDIVIDUAL: # DE PÓLIZA/CERT

LA COBERTURA ERA PARA (MARQUE 1): MÍ MISMO MI CÓNYUGE Y YO MIS HIJOS Y YO MI CÓNYUGE, MIS HIJOS Y YO

Prueba de cobertura es requerida si la cobertura previa es otra distinta al plan de su empleador actual. Proporcione una copia de su certificado de cobertura acreditable proporcionado por el plan de salud o cualquier documentación adecuada. Si la cobertura propia o de algún dependiente proviene de un origen diferente, documente en una hoja por separado y adjunte.

## SECCIÓN 3 INFORMACIÓN MÉDICA

EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, HA SIDO USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES DIAGNOSTICADO O HA CONSULTADO A UN MÉDICO PARA RECIBIR TRATAMIENTO DE:

CEREBRO O SISTEMA NERVIOSO	SÍ	NO	DIABETES O AZÚCAR EN LA ORINA	SÍ	NO
TRASTORNO ENDOCRINO O SUPRARRENAL	SÍ	NO	TRASTORNO DIGESTIVO O GASTROINTESTINAL	SÍ	NO
HÍGADO, PÁNCREAS O RIÑÓN	SÍ	NO	MAMAS U ÓRGANOS REPRODUCTIVOS	SÍ	NO
PRESIÓN ARTERIAL ANORMAL	SÍ	NO	DESÓRDENES AUTOINMUNES	SÍ	NO
CORAZÓN O SISTEMA CIRCULATORIO	SÍ	NO	DESÓRDENES DE ESPALDA O ESPINA DORSAL	SÍ	NO
DOLORES DE PECHO O DERRAME CEREBRAL	SÍ	NO	ARTRITIS PSORIÁSICA O ARTRITIS REUMATOIDE	SÍ	NO
DESÓRDENES SANGUÍNEOS	SÍ	NO	ENFERMEDAD DE LOS MÚSCULOS	SÍ	NO
ENFERMEDADES DE VASOS LINFÁTICOS O GLÁNDULAS	SÍ	NO	ESCLEROSIS MÚLTIPLE O FIBROSIS QUÍSTICA	SÍ	NO
CIRROSIS O HEPATITIS	SÍ	NO	ENFERMEDADES DE PIEL O COLÁGENO	SÍ	NO
LEUCEMIA O ENFERMEDAD DE HODGKIN	SÍ	NO	ENFISEMA, TUBERCULOSIS U OBSTRUCCIÓN PULMONAR CRÓNICA	SÍ	NO
CÁNCER (EXCLUYENDO EL CARCINOMA DE CÉLULAS)	SÍ	NO			

¿Está usted o cualquier dependiente (solicitando cobertura o no) actualmente embarazada? SÍ NO

En caso afirmativo: FECHA PREVISTA ANTICIPA UNA CESÁREA SÍ NO

ESPERA UN PARTO MÚLTIPLE SÍ NO EXPERIMENTANDO Y/ O ANTICIPANDO OTRA COMPLICACIÓN SÍ NO

En los últimos 5 años, ¿ha sido usted o alguno de sus dependientes diagnosticados o han consultado a un médico para el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VHI), o cualquier otro Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o alguna condición compleja relacionada con el SIDA, pérdida de peso significativa, fatiga crónica, diarrea, sudoración nocturna o agrandamiento de las glándulas? SÍ NO



# PROGRAMA DE PAGOS PRE-ESTABLECIDOS FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



Envíe el formulario completado y firmado por correo electrónico a [eligibility@abadmin.com](mailto:eligibility@abadmin.com).

## SECCIÓN 4 DECLARACIÓN Y FIRMA DEL EMPLEADO

**POR MEDIO DE LA PRESENTE:** Solicito la inscripción en el Plan de Seguro de Grupo (Plan) autofinanciado establecido y administrado por mi empleador (Empleador) para sus empleados elegibles y sus dependientes elegibles; Declaro que soy un empleado elegible del Empleador; Confirmando que mis declaraciones y respuestas a las preguntas en este formulario de inscripción son verdaderas y han sido completadas bajo mi mejor conocimiento y entendimiento; y Autorizo al Empleador a deducir de mis ingresos cualquier contribución requerida para el Plan.

**ADEMÁS, RECONOZCO Y ENTIENDO QUE:** Este no es un plan de beneficios: Todos los beneficios del Plan son autofinanciados (Autofinanciados) por el Empleador; El Empleador es el único responsable por todos los pagos de los beneficios; La cobertura no es efectiva hasta que el Plan apruebe este formulario de inscripción; Los beneficios del Plan están disponibles únicamente si una persona está cubierta bajo el Plan y todas las contribuciones requeridas para dicha cobertura han sido recibidas por el Plan; Si he declinado la cobertura de algún dependiente, también renuncio a todas las reclamaciones bajo el Plan de beneficios para dicho dependiente, y si decido inscribir a esa persona en una fecha posterior, la fecha de efectividad de mi dependiente puede ser retrasada, o un Período de Limitación de 18 meses para Condiciones Pre-Existentes puede que aplique; Una descripción completa de los beneficios de gastos médicos bajo el Plan aparece en la Descripción Resumida del Plan, la cual resume el Documento oficial del Plan; El agente introduciendo esta inscripción no tiene autoridad para cambiar el formulario de inscripción, aprobar la cobertura del Plan, alterar los términos del Plan, o ajustar las reclamaciones; Assured Benefits Administrators no se hace responsable por financiar los pagos de los beneficios; Mis declaraciones y respuestas en este formulario de inscripción serán la base para la aprobación de la cobertura del Plan y cualquier declaración falsa u omisión puede resultar en un aumento de las tarifas de contribución al Plan o la terminación de mi cobertura; Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar, presente una solicitud o una reclamación que contenga alguna declaración falsa u omita información, puede ser declarada culpable de fraude en un tribunal de justicia.

**DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN:** Si usted obtiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o solicitud de adopción, él/ella podrá inscribirse sin retrasos o penalidades si solicita la inscripción dentro de los primeros 30 días (del matrimonio, nacimiento, adopción o solicitud de adopción); Si usted obtiene un nuevo dependiente por una orden judicial de apoyo médico, el/ella podrá inscribirse sin retrasos o penalidades si solicita la inscripción dentro de los primeros 31 días (de la orden judicial); Si usted declina la inscripción de cualquier dependiente (incluyendo su cónyuge) por cualquier otro plan de seguros o cobertura de salud de grupo, y ese dependiente subsecuentemente se torna inelegible para la otra cobertura (o el empleador deja de contribuir para esa cobertura), él/ella podrá inscribirse sin retrasos o penalidades si solicita la inscripción dentro de los 31 días de inhabilitación o la terminación de las contribuciones del empleador; Si declina la inscripción para cualquier dependiente (incluyendo su cónyuge) debido a cobertura por Medicaid o algún plan de salud del Estado para niños, y la cobertura de ese dependiente es terminada posteriormente por inelegibilidad, él/ella podrá inscribirse sin retrasos o penalidades si solicita la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la terminación de la cobertura; Si declina inscripción para

cualquier dependiente (incluyendo su cónyuge), y ese dependiente posteriormente se convierte elegible para un subsidio de asistencia de primas por Medicaid o algún plan de salud del Estado para niños, él/ella podrá inscribirse sin retrasos o penalidades si solicita la inscripción dentro de los 60 días de la elegibilidad para el subsidio. Para solicitar la inscripción especial contacte al Empleador.

**AVISO DE INFORMACIÓN PERSONAL:** De acuerdo a lo requerido por la ley, este aviso tiene la intención de informarle que 1) La información personal puede ser recolectada por terceros; 2) Dicha información, así como cualquier otra información personal o privilegiada recolectada por el plan de salud o su representante legal, podría ser en algunos casos, según lo prescrito por la ley, revelada a terceros sin autorización previa; 3) Usted tiene el derecho a acceder y corregir la información recolectada; 4) El derecho de acceso no incluye cualquier información relacionada a y recolectada en conexión con, o en anticipación razonable a, una reclamación o proceso penal; 5) Un aviso más detallado de información de las prácticas está disponible a petición.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo la divulgación de toda la información personal no pública y la información protegida de salud identificable individualmente para mí (y para mi(s) dependiente(s), si aplica) incluyendo, pero no limitado, al estatus de mi empleo, otra cobertura de salud, diagnóstico, pronóstico, tratamiento o cuidado médico y condiciones mentales o físicas (incluyendo dependencia de alcohol y/o drogas) por cualquier médico, profesional médico, hospital, establecimiento médico, compañía de seguros, empleador o plan de beneficios que tenga dicha información, al plan de salud o su representante legal, agente o proveedor, con el fin de procesar la inscripción y las reclamaciones. Entiendo y acepto que esta autorización tendrá una validez de dos (2) años; que puedo revocarla por escrito en cualquier momento; que puedo solicitar una copia de esta autorización; que la inscripción, mas no el proceso de reclamaciones, está condicionado a mi firma en esta autorización; que esta autorización será utilizada como un documento propio aparte del formulario de inscripción; que una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original; que cualquier documentación o información revelada de acuerdo a esta autorización puede ser divulgada nuevamente y puede que ya no esté cubierta por las leyes estatales y federales de privacidad; y que tengo autoridad para actuar como el representante personal de mi(s) dependiente(s) (en caso de solicitar cobertura para dependientes).

FIRMA

NOMBRE

FECHA MM/DD/AA

Copias electrónicas de este formulario de inscripción enviadas por fax, correo electrónico u otros medios electrónicos serán consideradas como la original.