

N.º del suscriptor:

Fecha:

Plan Optima Health y Compañía de Seguros Optima Health Solicitud de inscripción y exención para grupos pequeños 2-50 Coordinación de beneficios

En el caso de una disputa, prevalecerán las disposiciones de la versión en inglés aprobada del formulario.

Selección de planes Optima Health:

Productos de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)/Punto de Servicio (Point of Service, POS) financiados por el plan Optima Health

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> [Vantage (HMO)] | <input type="checkbox"/> [Design POS Direct [CH][RK][POS]] | <input type="checkbox"/> [Vantage Select [CH][RK][SD][PN](HMO)] |
| <input type="checkbox"/> [Equity Vantage (HMO)] | <input type="checkbox"/> [Vantage Direct [CH][RK][PN](HMO)] | <input type="checkbox"/> [Design Vantage Select (HMO)] |
| <input type="checkbox"/> [Design Vantage (HMO)] | <input type="checkbox"/> [POS Direct [CH][RK][PN](POS)] | <input type="checkbox"/> [Equity Vantage Select [CH][RK][SD][PN](HMO)] |
| <input type="checkbox"/> [POS (POS)] | <input type="checkbox"/> [Equity Vantage Direct [CH][RK][PN](HMO)] | |
| <input type="checkbox"/> [Equity POS/ POSA (POS)] | <input type="checkbox"/> [Equity POS Direct [CH][RK][PN] (POS)] | |

Beneficio específico del plan: _____

Compañía de Seguros Optima Health Selección de planes:

Productos de la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) financiados por la Compañía de Seguros Optima Health

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> [Plus Direct [CH][RK][PN](PPO)] | <input type="checkbox"/> [Out-of-Area Design Plus (OOAPPO)] |
| <input type="checkbox"/> [Out-of-Area Plus (OOAPPO)] | <input type="checkbox"/> [Equity Plus Direct [CH][RK][PN](PPO)] |
| <input type="checkbox"/> [Design Plus (PPO)] | <input type="checkbox"/> [Out-of-Area Equity Plus (OOAPPO)] |

Beneficio específico del plan: _____

Beneficios de salud bucal pediátrica:

Esta póliza no proporciona los beneficios mínimos esenciales de salud bucal pediátrica exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). La cobertura dental independiente que incluye dichos beneficios debe estar disponible para que la adquiera aparte de un plan dental independiente calificado.

IMPORTANTE:

- La información incompleta **retrasará la inscripción**. Complete todas las secciones con bolígrafo de tinta azul o negra.
- Se deberá proporcionar los números de seguro social del suscriptor principal, cónyuge e hijo(s) dependiente(s) cubiertos por este plan.
- Si va a incluir a un cónyuge o a un dependiente debido a un evento calificado, **es posible que se soliciten documentos justificativos**.

A. INFORMACIÓN DEL GRUPO (debe completarla el empleador)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solicitante nuevo | <input type="checkbox"/> INCLUIR a dependiente/cónyuge | <input type="checkbox"/> Cambio de dirección | <input type="checkbox"/> Cambio de nombre |
| <input type="checkbox"/> CANCELAR TODO | <input type="checkbox"/> Cancelar dependiente/cónyuge | <input type="checkbox"/> COBRA (fecha de entrada en vigor): | <input type="checkbox"/> Cambio de PCP |

Nombre del grupo:	Número del grupo:	Número del suscriptor:
Firma del administrador del beneficio (obligatorio)		Estatus: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario
Fecha de contratación: (mm/dd/aaaa)	Fecha de entrada en vigor de la cobertura: (mm/dd/aaaa) (contrataciones recientes deben cumplir con el período de espera)	Fecha de cancelación de la cobertura: (mm/dd/aaaa)

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

(ESCRIBA SU NOMBRE LEGAL EN LETRA DE IMPRENTA)

¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro? Sí No

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: (Nº de apartado postal)	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número del seguro social:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)		
Teléfono principal:	Teléfono secundario:	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Médico de atención primaria: (Primare Care Physician, PCP)

Si solicita el plan Optima Health Plan Health Maintenance Organization (HMO) o el plan Optima Health Point of Service Plan (POS), seleccione un médico de atención primaria del directorio del proveedor del plan para cada miembro familiar en la lista. Los planes Optima Health Preferred Provider Organization (PPO) y Optima Health Out-of-Area Preferred Provider Organization (OOA) no requieren la selección de atención primaria.

Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------	-----------------	-------------------------------------	--

Número del suscriptor:
Nombre del empleador:

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO *(continuación)*

Si tiene 18 años o más, ¿ha consumido tabaco regularmente en el transcurso de los últimos 6 meses (4 o más veces a la semana en promedio, excepto en caso de usos religiosos o ceremoniales)? Sí No

¿Está inscrito actualmente o desea inscribirse en un programa de bienestar para el abandono del consumo de tabaco? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Estoy de acuerdo con recibir comunicaciones vía electrónica que me notifiquen informaciones importantes de plan de salud, incluidos, entre otros, documento acerca de certificados de seguros, explicaciones electrónicas de beneficios, actualizaciones de plan y resumen uniforme de beneficios. Al marcar esta casilla acepta recibir las comunicaciones vía electrónica.

C. EXENCIÓN DE LA COBERTURA DE SALUD DEL EMPLEADO O DEL DEPENDIENTE

Si planea elegir una cobertura para usted y sus dependientes, ignore esta sección.

Mi empleador me dio la oportunidad de solicitar z cobertura grupal de salud con el plan para mí y mis dependientes (si corresponde). Rechacé solicitar la cobertura como se indica a continuación.

Seleccione la opción que corresponda

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura para mí (y mis dependientes, de haberlos) | <input type="checkbox"/> Rechazo solamente la cobertura para mis hijos. |
| <input type="checkbox"/> Rechazo solamente la cobertura para mi cónyuge. | <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura para mi cónyuge y mis hijos. |

MOTIVOS DEL RECHAZO (DEBE SELECCIONAR UNO)

- Cobertura con otra póliza de cobertura de salud o CHAMPUS/TRICARE. *(De seleccionar esta casilla, se requiere información adicional).*

Nombre de la compañía de seguros: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

- Otro motivo: *(se requiere una respuesta)*

Firma: _____ Fecha: *(mm/dd/aaaa)*

D. CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS DE SALUD (SOLO para los planes Equity Vantage y Equity Plus)

Administración de Cuentas de Ahorros para Gastos de Salud (Health Savings Account, HSA): si escogió el plan Equity/HSA elegible de deducible alto, usted es elegible para establecer una Cuenta de Ahorros para Gastos de Salud (HSA). HealthEquity es el proveedor preferido de Optima Health para la administración de cuentas HSA. *¿Le gustaría establecer una cuenta HSA?*

- Sí, ESTABLEZCA** una cuenta de ahorros de salud para mí con HealthEquity.
- No, NO ESTABLEZCA** una cuenta de ahorros para gastos de salud para mí con HealthEquity.
- No, ya tengo** una cuenta de ahorros para gastos de salud para mí con HealthEquity.

E. DIRECCIÓN POSTAL ALTERNATIVA *Empleado:* Sí No *Cónyuge/dependientes:* Sí No

Si el empleado, cónyuge o cualquier dependiente debe recibir correspondencia, información del plan o cualquier otra forma de comunicación en una dirección diferente a la registrada en la **Sección B Información del Empleado**, regístrela aquí.

Dirección postal alternativa: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número del suscriptor:
Nombre del empleador:

F. INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE Y DEPENDIENTE

AVISO: Médico de atención primaria: (PCP) Si solicita el plan Optima Health Plan Health Maintenance Organization (HMO) o el plan Optima Health Point of Service Plan (POS), seleccione un médico de atención primaria del directorio del proveedor del plan para cada miembro familiar en la lista. Los planes Optima Health Preferred Provider Organization (PPO) y Optima Health Out-of-Area Preferred Provider Organization (OOA) no requieren la selección de atención primaria.

CÓNYUGE <input type="checkbox"/> Incluir <input type="checkbox"/> Cancelar		¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apellido:	Nombre:		Inicial del segundo nombre:		
Número del seguro social:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono principal:		Teléfono secundario:			
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si tiene 18 años o más, ¿ha consumido tabaco regularmente en el transcurso de los últimos 6 meses (4 o más veces a la semana en promedio, excepto en caso de usos religiosos o ceremoniales)?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Está inscrito actualmente o desea inscribirse en un programa de bienestar para el abandono del consumo de tabaco?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

HIJO 1 <input type="checkbox"/> Incluir <input type="checkbox"/> Cancelar		¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apellido:	Nombre:		Inicial del segundo nombre:		
Número del seguro social:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si tiene 18 años o más, ¿ha consumido tabaco regularmente en el transcurso de los últimos 6 meses (4 o más veces a la semana en promedio, excepto en caso de usos religiosos o ceremoniales)?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Está inscrito actualmente o desea inscribirse en un programa de bienestar para el abandono del consumo de tabaco?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

HIJO 2 <input type="checkbox"/> Incluir <input type="checkbox"/> Cancelar		¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apellido:	Nombre:		Inicial del segundo nombre:		
Número del seguro social:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si tiene 18 años o más, ¿ha consumido tabaco regularmente en el transcurso de los últimos 6 meses (4 o más veces a la semana en promedio, excepto en caso de usos religiosos o ceremoniales)?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Está inscrito actualmente o desea inscribirse en un programa de bienestar para el abandono del consumo de tabaco?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

HIJO 3 <input type="checkbox"/> Incluir <input type="checkbox"/> Cancelar		¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apellido:	Nombre:		Inicial del segundo nombre:		
Número del seguro social:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Número del suscriptor:
Nombre del empleador:

F. INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE Y DEPENDIENTE (continuación)

HIJO 3 (continuación)

Si tiene 18 años o más, ¿ha consumido tabaco regularmente en el transcurso de los últimos 6 meses (4 o más veces a la semana en promedio, excepto en caso de usos religiosos o ceremoniales)? Sí No

¿Está inscrito actualmente o desea inscribirse en un programa de bienestar para el abandono del consumo de tabaco? Sí No

HIJO 4 Incluir Cancelar **¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro?** Sí No

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del seguro social:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si tiene 18 años o más, ¿ha consumido tabaco regularmente en el transcurso de los últimos 6 meses (4 o más veces a la semana en promedio, excepto en caso de usos religiosos o ceremoniales)? Sí No

¿Está inscrito actualmente o desea inscribirse en un programa de bienestar para el abandono del consumo de tabaco? Sí No

- Si tiene más de cuatro (4) dependientes, vuelva a imprimir esta página y continúe completando la información requerida para todos los dependientes elegibles.

G. INFORMACIÓN DE OTRA COBERTURA (necesaria antes de completar la inscripción).

¿Alguna persona de las que estarán cubiertas por este plan contará con otra cobertura además de la que proporciona este plan?
 No Si la respuesta es NO, pase a la sección H.
 Sí Si la respuesta es SÍ, proporcione la siguiente información acerca de esta cobertura.

Persona asegurada (nombre):	Nº de identificación (de póliza):
Fecha de entrada en vigor: (mm/dd/aaaa)	Nombre del empleador o de la organización que proporciona la cobertura:
Nombre de la compañía de seguros:	Mencione a las personas que soliciten la cobertura que también estarán cubiertas por este seguro.

En caso de cobertura de Medicare:
 Si más de una persona tiene cobertura de Medicare, vuelva a imprimir esta página y complete la información requerida.

Persona cubierta: (Nombre):	Número de HIC:
Fecha de entrada en vigor: Parte A (mm/dd/aaaa)	Fecha de entrada en vigor: Parte B (mm/dd/aaaa)

Elegible debido a: Edad Discapacidad 65 o mayor Activo Jubilado

Enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD) Discapacidad y ESRD actual

Mes/año: _____ Mes/año: _____

Número del suscriptor:

Nombre del empleador:

H. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

El solicitante principal y su cónyuge deben firmar y fechar en la siguiente sección (si corresponde).

Yo, y mi intermediario (si corresponde), certifico (certificamos) por medio de la presente que leí, o se me leyó, la solicitud completada; que conservo una copia de la solicitud completada; y que reconozco que cualquier falso testimonio o falsificación de datos en la solicitud puede resultar en la pérdida de la cobertura de esta póliza.

Entiendo que la cobertura estará bajo el plan grupal patrocinado por mi empleador. Entiendo que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura vigente y que la cobertura no entrará en vigor si mi empleador no ha presentado una solicitud para la cobertura. Certifico que trabajo en el domicilio comercial de mi empleador a tiempo completo, al menos veinticinco (25) horas a la semana. Si cumplo con los requisitos para la cobertura, autorizo a mi empleador a realizar las deducciones de mis ganancias que se necesitan para suministrar mi contribución a esta cobertura y entiendo que mi empleador ejerce este servicio en mi beneficio y no como un agente del asegurador.

Entiendo que la cobertura no estará vigente hasta la fecha de entrada en vigor que se muestre en la tarjeta de identificación del miembro expedida para mí y mis dependientes. Solicito cobertura de salud para las personas mencionadas en la solicitud y estoy de acuerdo en que debemos cumplir las disposiciones de la cobertura indicadas en el documento de la póliza en la que estaremos inscritos. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la Compañía de Seguros Optima Health o al plan Optima Health cualquier cambio en mi elegibilidad y la de mis dependientes. Estoy de acuerdo en proporcionar las pruebas de elegibilidad que son aceptadas por Optima Health, en caso de que se me soliciten.

Si un representante legal firma en nombre del solicitante o de cualquier otra persona a ser cubierta, la firma del representante legal constituye un testimonio de que el representante legal posee la autoridad de firmar en nombre de dicha persona.

x

Firma del empleado o huella, nombre en signos y título específico del representante legal: **Fecha:** (mm/dd/aaaa)