

Solicitud de inscripción del empleado de Humana—2 a 50 empleados

TEXAS

y del empleado de "No Worry"—51 a 99 empleados

En esta solicitud, "Humana" hace referencia a la(s) compañía(s) que ofrece(n) el plan enumerada(s) a continuación, en forma individual o colectiva y según lo exija el contexto.

Los planes HMO son ofrecidos por Humana Health Plan of Texas, Inc., una Organización para el Mantenimiento de la Salud. Los planes POS son ofrecidos por Humana Health Plan of Texas, Inc., una Organización para el Mantenimiento de la Salud, y están asegurados o son administrados por Humana Insurance Company. Los planes médicos PPO, Classic e Indemnity, y los planes de protección de ingresos a corto plazo y de seguro de vida están asegurados o son administrados por Humana Insurance Company. Los beneficios dentales de HMO son provistos por SafeGuard Health Plans, Inc. Todos los demás planes dentales están asegurados o son administrados por HumanaDental Insurance Company o Humana Insurance Company.

Escriba con letra de imprenta clara y rellene cada círculo donde corresponda.

No. de grupo médico _____ No. de beneficio _____ División _____
Nombre de la empresa _____ Fecha entrada en vigor propuesta __/__/____
Ciudad de la empresa _____ Estado _____

Información del empleado

Apellido _____ Nombre _____ ISN _____ Fecha de nacimiento __/__/____
No. de Seguro Social _____ No. de teléfono _____
Sexo: Femenino Masculino Dirección de correo electrónico _____
Dirección _____ Apto./Suite/No. apartado postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____
Idioma de elección: Inglés Español _____
Condición de empleo: horas trabajadas por semana _____ Fecha contratación tiempo completo __/__/____
 Empleado a tiempo completo Jubilado _____

¿Está discapacitado o imposibilitado de realizar las actividades normales? No Sí En caso afirmativo, indique el motivo: _____

¿Tiene alguna incapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? No Sí _____

TX-80124-GN 9/2006

Seguro médico

Tipo de cobertura: Sólo empleado Empleado y cónyuge Empleado e hijo(s) Familiar Otro _____

Nombre del plan _____ Nombre de la red _____

Sólo HMO y POS: (no aplica a HumanaAccess HMO ni a Consumer Choice POS)

Médico de atención primaria del empleado _____ ID del médico _____ ¿Es actualmente su paciente? No Sí _____

Sólo HMO y POS: Ginecólogo-obstetra de atención primaria del empleado (cuando corresponda)

ID del médico _____ ¿Es actualmente su paciente? No Sí _____

Planes médicos Consumer Choice solamente:

Abajo se ofrece la Notificación de Divulgación Requerida para los Planes de Beneficios de Grupo Consumer Choice PPO y HMO Suscritos en Texas. Comuníquese con su agente de seguros para obtener una copia de la Notificación de Divulgación Requerida para los Planes de Beneficios de Grupo Consumer Choice POS Suscritos en Texas.

(Los planes Consumer Choice PPO y Consumer Choice HMO se ofrecen solamente a grupos de 2 a 50 empleados)

Si su empleador ha elegido el plan de salud Consumer Choice PPO, Consumer Choice HMO o Consumer Choice POS, entonces su plan, ya sea en su totalidad o parcialmente, no provee beneficios de salud exigidos por el estado que generalmente son obligatorios en los planes de salud de Texas.

Un plan de salud estándar Consumer Choice podría ofrecerle beneficios de salud más económicos, pero, a su vez, podría ofrecerle menos beneficios de salud que los que se incluyen normalmente como beneficios de salud exigidos por el estado en los planes de salud de Texas. Comuníquese con su administrador de beneficios para dialogar sobre los beneficios de salud exigidos por el estado que se reducen y/o excluyen.

Beneficios PPO exigidos por el estado que se excluyen

Fármaco dependencia y alcoholismo
Trastornos de la articulación temporomandibular
Atención médica en el hogar
Trastornos mentales graves
Fertilización in vitro
Problemas auditivos y del habla

Beneficios HMO exigidos por el estado que se excluyen

Fármaco dependencia y alcoholismo
Anticonceptivos – medicamentos orales y dispositivos
Trastornos de la articulación temporomandibular
Trastornos mentales graves
Fertilización in vitro

No. de grupo

No. de Seguro Social

Seguro médico (continuación)

El plan de salud Consumer Choice podría incluir requisitos y/o restricciones en sus deducibles, coaseguros o copagos, o niveles de beneficios máximos anuales o de por vida diferentes a los que ofrecen otros planes PPO y HMO. Entiendo que puedo solicitar al Departamento de Seguros (TDI, por sus siglas en inglés) un folleto para consumidores que contiene información adicional sobre los planes de salud Consumer Choice, ya sea a través del sitio web de TDI en www.tdi.state.tx.us/consumer/indexc.html, o llamando al 1-800-252-3439.

Mi firma en esta solicitud indica que reconozco que se me ha dado la oportunidad de solicitar un seguro contra accidentes y enfermedades o evidencia de cobertura en la misma categoría que se asemeja más al plan de salud Consumer Choice ofrecido.

Cobertura médica concurrente:

- ¿Usted o alguno de sus dependientes cubiertos tendrá alguna otra cobertura médica individual o de grupo, incluida Medicare, en vigor a la vez que esta cobertura de Humana? No Sí
En caso afirmativo, complete lo siguiente.

Cobertura médica individual o de grupo:

Nombre de la compañía aseguradora médica _____

No. de póliza _____ Fecha entrada en vigor __/__/____

No. de teléfono de la compañía aseguradora _____ Fecha plazo __/__/____

Tipo de cobertura: Sólo empleado Empleado y cónyuge
 Empleado e hijo(s) Familiar

Cobertura de Medicare:

Cobertura de empleado: No Sí Fecha entrada en vigor __/__/____

ID de Medicare _____ Fecha plazo __/__/____

Cobertura de cónyuge: No Sí Fecha entrada en vigor __/__/____

ID de Medicare _____ Fecha plazo __/__/____

TX-80124-MD 9/2006

Cobertura médica anterior: (Se debe completar esta sección para que Humana pueda procesar cualquier reclamación médica.)

- ¿Usted o alguno de sus dependientes cubiertos ha tenido en los últimos 12 meses alguna otra cobertura médica individual o de grupo, incluida Medicare? No Sí
En caso afirmativo, complete lo siguiente.

Cobertura médica individual o de grupo:

Nombre de la compañía aseguradora médica anterior _____

No. de póliza _____ Fecha entrada en vigor __/__/____

No. de teléfono de la compañía aseguradora _____ Fecha plazo __/__/____

Tipo cobertura anterior: Sólo empleado Empleado y cónyuge
 Empleado e hijo(s) Familiar

Cobertura de Medicare:

Cobertura de empleado anterior: No Sí Fecha entrada en vigor __/__/____

ID de Medicare _____ Fecha plazo __/__/____

Cobertura de cónyuge anterior: No Sí Fecha entrada en vigor __/__/____

ID de Medicare _____ Fecha plazo __/__/____

Información del dependiente

Escriba la información sobre cada dependiente, incluyendo a su cónyuge, que solicita cobertura. Para dependientes adicionales, copie y adjunte un formulario de Información de Dependientes adicional.

1. Apellido _____ Nombre _____ ISN _____ Fecha de nacimiento __/__/____

No. de Seguro Social _____ Sexo: Femenino Masculino Relación: Cónyuge Hijo/a Otro: _____

Condición del dependiente (si corresponde): Estudiante a tiempo completo Discapacitado Si es discapacitado, indique el motivo: _____

Sólo HMO y POS: (no aplica a HumanaAccess HMO)

Médico de atención primaria del empleado _____ ID del médico _____ ¿Es actualmente su paciente? No Sí

Sólo HMO y POS: Ginecólogo-obstetra de atención primaria del empleado (cuando corresponda)

ID del médico _____ ¿Es actualmente su paciente? No Sí

DHMO: Dentista primario _____ Número del centro médico _____ ¿Es actualmente su paciente? No Sí

2. Apellido _____ Nombre _____ ISN _____ Fecha de nacimiento __/__/____

No. de Seguro Social _____ Sexo: Femenino Masculino Relación: Cónyuge Hijo/a Otro: _____

Condición del dependiente (si corresponde): Estudiante a tiempo completo Discapacitado Si es discapacitado, indique el motivo: _____

Sólo HMO y POS: (no aplica a HumanaAccess HMO)

Médico de atención primaria _____ ID del médico _____ ¿Es actualmente su paciente? No Sí

Sólo HMO y POS: Ginecólogo-obstetra de atención primaria del empleado (cuando corresponda)

ID del médico _____ ¿Es actualmente su paciente? No Sí

DHMO: Dentista primario _____ Número del centro médico _____ ¿Es actualmente su paciente? No Sí

No. de grupo

No. de Seguro Social

Información del dependiente (continuación)

3. Apellido Nombre ISN Fecha de nacimiento __/__/____

No. de Seguro Social Sexo: Femenino Masculino Relación: Cónyuge Hijo/a Otro:

Condición del dependiente (si corresponde): Estudiante a tiempo completo Discapacitado Si es discapacitado, indique el motivo:

Sólo HMO y POS: (no aplica a HumanaAccess HMO)

Médico de atención primaria ID del médico ¿Es actualmente su paciente? No Sí

Sólo HMO y POS: Ginecólogo-obstetra de atención primaria del empleado (cuando corresponda)

ID del médico ¿Es actualmente su paciente? No Sí

DHMO: Dentista primario Número del centro médico ¿Es actualmente su paciente? No Sí

TX-80124-DP 9/2006

Seguro dental

No. de grupo No. de beneficio División

Tipo de cobertura: Sólo empleado Empleado y cónyuge Empleado e hijo(s) Familiar Otro

DHMO: Dentista primario Número del centro médico ¿Es actualmente su paciente? No Sí

Nombre del plan

¿Ha tenido en los últimos 12 meses alguna otra cobertura dental individual o de grupo? No Sí ¿Cobertura de ortodoncia? No Sí

Fecha entrada en vigor __/__/____ Fecha plazo __/__/____

Tipo de cobertura anterior: Sólo empleado Empleado y cónyuge Empleado e hijo(s) Familiar

TX-80124-HD 9/2006

Seguro de vida básico

No. de grupo No. de beneficio División

Nombre del beneficiario principal Nombre del beneficiario secundario

Clase (el empleador le suministrará esta información si es necesario) Salario anual (si corresponde) \$

Seguro de vida básico del dependiente: No Sí En caso negativo, complete la sección de exención

Seguro de vida voluntario

No. de grupo No. de beneficio División

¿Elige la cobertura del seguro de vida voluntario del empleado? No Sí Monto (mínimo de \$15,000) \$ Salario anual \$

Nombre del beneficiario principal Nombre del beneficiario secundario

Seguro de vida voluntario del dependiente: (disponible solamente si el empleado elige la cobertura del seguro de vida voluntario)

¿Elige la cobertura del seguro de vida voluntario del/de los hijo(s)? No Sí

¿Elige la cobertura del seguro de vida voluntario del cónyuge? No Sí Monto (mínimo de \$5,000) \$

TX-80124-HL 9/2006

Seguro de protección de ingresos a corto plazo

No. de grupo No. de beneficio División

¿Elige la cobertura de protección de ingresos a corto plazo? No Sí Salario anual \$

Clase (el empleador suministrará esta información si es necesario)

TX-80124-SP 9/2006

Constancia de estado de salud

Esta información no se deberá presentar con más de 60 días de anticipación de la fecha de entrada en vigor.

- 1. ¿En los últimos 24 meses usted o alguno de sus dependientes ha recibido tratamiento por alguna enfermedad o lesión, o se les ha recomendado alguna cirugía u hospitalización? No Sí
- 2. ¿En los últimos 24 meses se le ha recetado algún medicamento a usted o a alguno de sus dependientes? No Sí
- 3. ¿Usted o alguna de las dependientes está embarazada? No Sí; ¿Han incurrido en gastos médicos superiores a \$7,500 en los últimos 12 meses? No Sí

Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione los detalles a continuación y especifique el número de la pregunta. Adjunte hojas adicionales firmadas y fechadas si fuera necesario.

Pregunta No.	Apellido de la persona tratada	Nombre
Afección		
Enumerar los síntomas detectados		
Enumerar los tratamientos recibidos		
Enumerar las pruebas médicas realizadas		
Medicamento(s), si lo(s) hubiera		
Fecha se diagnosticó la afección por primera vez	__ / __ / ____	Fecha vio a un médico por esta afección por última vez
		__ / __ / ____

Pregunta No.	Apellido de la persona tratada	Nombre
Afección		
Enumerar los síntomas detectados		
Enumerar los tratamientos recibidos		
Enumerar las pruebas médicas realizadas		
Medicamento(s), si lo(s) hubiera		
Fecha se diagnosticó la afección por primera vez	__ / __ / ____	Fecha vio a un médico por esta afección por última vez
		__ / __ / ____

Pregunta No.	Apellido de la persona tratada	Nombre
Afección		
Enumerar los síntomas detectados		
Enumerar los tratamientos recibidos		
Enumerar las pruebas médicas realizadas		
Medicamento(s), si lo(s) hubiera		
Fecha se diagnosticó la afección por primera vez	__ / __ / ____	Fecha vio a un médico por esta afección por última vez
		__ / __ / ____

Pregunta No.	Apellido de la persona tratada	Nombre
Afección		
Enumerar los síntomas detectados		
Enumerar los tratamientos recibidos		
Enumerar las pruebas médicas realizadas		
Medicamento(s), si lo(s) hubiera		
Fecha se diagnosticó la afección por primera vez	__ / __ / ____	Fecha vio a un médico por esta afección por última vez
		__ / __ / ____

TX-80124-MH 9/2006

Cuenta de ahorros para la salud

No. de grupo No. de beneficio División

Si tiene una cobertura médica conforme a otro plan, es posible que no reúna los requisitos para una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés). Consulte con su asesor fiscal para obtener detalles.

¿Elige la cuenta de ahorros para la salud? No Sí

A fin de obtener ayuda para completar esta sección, utilice la hoja de trabajo de solicitud de inscripción en HSA.

1	¿Cuánto estuvo en condiciones de aportar a alguna HSA hasta la fecha de este año calendario?	\$
2	¿Cuánto ha aportado a alguna HSA hasta la fecha de este año calendario?	\$
3	¿Cuánto desea aportar a la HSA por el resto de este año calendario?	\$
4	Si su plan cubre dos años calendarios, ¿cuánto le permiten aportar a su HSA por la parte del año del plan que corresponde al segundo año calendario?	\$
5	¿Cuánto ha aportado ya a cualquier HSA por la parte del año del plan que corresponde al segundo año calendario?	\$
6	¿Cuánto desea aportar a su HSA por la parte del año del plan que corresponde al segundo año calendario?	\$
7	Proporcione la fecha de entrada en vigor de la información de la HSA (mm/01/aaaa)	/ 01 /

Los beneficiarios de esta cuenta serán los sucesores del empleado. Usted puede cambiar la información de los beneficiarios que consta en los archivos del banco que administra la HSA una vez que se haya establecido la cuenta.

TX-80124-HA 9/2006

Exención (rechazo de cobertura)

Manifiesto que he tenido la oportunidad de solicitar la cobertura de grupo disponible para mí y mis dependientes a través de mi empleador. Declaro que no he sido presionado ni forzado por parte de mi empleador, el agente de suscripción o Humana a renunciar (declinar) a la cobertura. Si he renunciado a cualquier cobertura ofrecida a mí o mis dependientes, mi firma a continuación es constancia suficiente de esta acción. Por la presente, renuncio a la cobertura por (marque todo lo que corresponda):

Seguro médico para: <input type="radio"/> Mi persona <input type="radio"/> Mi cónyuge <input type="radio"/> Mi(s) hijo(s) dependiente(s)	Seguro de protección de ingresos a corto plazo para: <input type="radio"/> Mi persona
Seguro dental para: <input type="radio"/> Mi persona <input type="radio"/> Mi cónyuge <input type="radio"/> Mi(s) hijo(s) dependiente(s)	Cuenta de ahorros para la salud para: <input type="radio"/> Mi persona
Seguro de vida básico para: <input type="radio"/> Mi persona <input type="radio"/> Mi cónyuge <input type="radio"/> Mi(s) hijo(s) dependiente(s)	

Rechazo solicitar la cobertura de grupo debido a (marque todo lo que corresponda):

- Cobertura de mi cónyuge Cobertura según el plan de otra empresa aseguradora proporcionado por mi empleador
- Cobertura individual Complemento de Medicare Otro:

- Entiendo y acepto que:
- En caso de que decida solicitar dicha cobertura más adelante, la solicitud posterior estará sujeta a los términos y condiciones pertinentes del/de los contrato(s) de grupo maestro o disposiciones del plan según se describe en la Descripción Resumida del Plan, lo cual puede exigir limitaciones y períodos de espera adicionales.
 - En caso que decida solicitar cobertura HMO o POS posteriormente, solamente seré elegible para hacerlo durante el período de inscripciones abiertas del grupo, a menos que cumpla con alguna de las excepciones para la inscripción tardía.
 - En caso que decida solicitar cobertura PPO, Classic e Indemnity posteriormente, Humana se reserva el derecho de imponer un período de limitación de 12 meses por condiciones preexistentes.
 - Se me podría requerir que presente, a mi exclusivo costo y cargo, una constancia de estado de salud satisfactoria para Humana. Esta información se utilizará solamente para fines de clasificación y administración y no para fines de elegibilidad para cobertura.
 - Si rechazo la cobertura para mí o mis dependientes (incluido mi cónyuge) porque tengo otra cobertura, en el futuro puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de mi otra cobertura.
 - Si tengo un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para la adopción, puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción, asignación para la adopción o demanda para adopción.

TX-80124-WV 9/2006

Contrato

Acuse de recibo veraz y completo

Entiendo, acepto y manifiesto que:

- He leído este documento o me lo han leído.
- Las respuestas proporcionadas en toda esta solicitud de cobertura son, a mi leal saber y entender, veraces y completas.
- Ni mi empleador ni el agente tienen la autoridad de evadir una respuesta completa a cualquier pregunta, determinar la cobertura o asegurabilidad, modificar ningún contrato u omitir ninguno de los demás derechos y requisitos de Humana.
- Si esta solicitud de cobertura es aceptada, la cobertura entrará en vigor en la fecha especificada por Humana en el certificado de cobertura/certificado de seguro.
- Cualquier declaración falsa sustancial, tergiversación u omisión intencional contenida en la presente en la que Humana se haya basado podrá ser utilizada para reducir o denegar una reclamación, o anular el contrato dentro del período disputable si dicha manifestación falsa u omisión intencional afectó materialmente la aceptación del riesgo.
- En el caso de empleadores de grupos pequeños, entiendo que cualquier declaración errónea sobre condiciones de salud no será motivo de cancelación, no renovación o anulación de mi cobertura médica bajo esta póliza o plan, pero podría ocasionar un aumento en las primas médicas después de presentar una notificación escrita de acuerdo a las exigencias en la póliza o el contrato de grupo.

Por la presente, me inscribo para los beneficios para los cuales actualmente reúno los requisitos o para los cuales puedo reunir los requisitos en el futuro según el(los) contrato(s) de grupo de mi empleador. Si para esta cobertura se requiere alguna deducción, autorizo a realizar dichas deducciones de mis ingresos. Me reservo el derecho a revocar esta autorización de deducción en cualquier momento previa presentación por escrito de una notificación, a menos que haya optado por utilizar las deducciones antes de impuestos.

Este documento, junto con cualquier otro suplemento, formará parte de cualquier contrato y será la base de cualquier certificado de cobertura/certificado de seguro que se emita.

Autorización

Mis dependientes y yo autorizamos a cualquier médico, profesional de la medicina o de la atención médica, hospital, clínica, centro de administración de veteranos, otro centro médico o relacionado con la medicina, administrador de terceros, Administrador de Beneficios de Farmacia, compañía de seguros, HMO o reaseguradora, al Medical Information Bureau, Inc., al empleador, la Agencia de Informes al Consumidor (Consumer Reporting Agency) o institución bancaria o financiera que tenga información con respecto a mí y a mis dependientes, incluida información relacionada con asesoramiento,

diagnóstico, tratamiento y atención de enfermedades físicas, psiquiátricas, mentales o emocionales, abuso de drogas, sustancias o alcohol, enfermedades, y copias de todos los expedientes hospitalarios y médicos, información personal no médica y cualquier otra información no médica, a suministrar parcial o totalmente dicha información a Humana, su reaseguradora o sus representantes legales, y sus afiliadas.

Mis dependientes y yo entendemos y aceptamos que:

- La información obtenida a partir del uso de esta autorización puede ser utilizada por Humana para determinar si reúne los requisitos para la cobertura o para beneficios según la política y la administración de planes existentes, y para tomar decisiones con respecto a las reclamaciones.
- Si decide no firmar esta autorización, Humana no puede completar su inscripción al plan o determinar la tarifa de su prima por la imposibilidad de obtener la información necesaria.
- Si selecciona una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), autoriza a Humana o a sus socios bancarios a proporcionar su número de cuenta a su empleador a fin de depositar cualquier contribución.
- La información obtenida no será divulgada por Humana a ninguna persona ni organización excepto a las compañías reaseguradoras, al Medical Information Bureau, Inc. o a otras personas u organizaciones que realicen operaciones de atención médica o brinden servicios comerciales o legales relacionados con cualquier solicitud, reclamación o si se requiere por ley o si así lo autorizo (autorizamos) más adelante.
- Una vez que se haya divulgado información personal y de la salud (que incluye información médica, dental y farmacéutica) de conformidad con esta autorización, ésta puede volver a ser divulgada por el destinatario y la información posiblemente ya no esté protegida por los requisitos de privacidad federales y estatales.
- Una copia de esta autorización está a mi disposición o a la de mi representante legal previa solicitud por escrito.
- Una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
- Esta autorización tendrá una validez de dos años desde la fecha que aparece abajo.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento:
 - A fin de revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación escrita a la Oficina de Privacidad de Humana.
 - La revocación no se aplicará a la información que ya hubiera sido divulgada en respuesta a esta autorización.
 - La revocación entrará en vigor tras ser recibida por la Oficina de Privacidad de Humana.

Firma—firme abajo si se inscribe o si renuncia a la cobertura de grupo

Firma del empleado o representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre y relación del representante legal: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____

(Sólo si selecciona cobertura de vida por encima del monto de emisión con garantía.)