

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE EMPLEADO DE PEQUEÑOS NEGOCIOS

IMPORTANTE: POR FAVOR LLENE TODAS LAS SECCIONES
 No se puede procesar este formulario si la información está incompleta.
 Este formulario incluye la sección de Declinación de Cobertura.

Código fuente	Nro. de referencia
---------------	--------------------

Su Empleador deberá llenar esta sección – Médico y de Vida de Grupo

Nombre de la Compañía	Número de grupo / Código del plan	Fuente de Afiliación: <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Evento que califica <input type="checkbox"/> Recontratación	Fecha de contratación	Fecha de vigencia
Salario anual	Ocupación y cargo	Clase de seguro de vida	Grupo de vida /Monto de seguro de muerte accidental y desmembramiento	

Usted deberá llenar esta sección – Médico y de Vida de Grupo (Nota: Si declina la cobertura, será necesario llenar la página 4)

Selección de su Plan (marque una opción)

Tenga presente que usted y sus Dependientes elegibles deberán inscribirse en el mismo plan de salud.

Plan SignatureOptionsSM (PPO) de PacifiCare
 Plan PacifiCare SignatureIndependenceSM (Indemnización)
 Plan PacifiCare SignatureFreedomSM (SDHP)

Suscritos por PacifiCare Life Assurance Company

Información del Afiliado

	Suscriptor	Apellido	Altura (pies, pulg.)	Peso (lbs.)	Número de Seguro Social
1	Sexo M o F	Nombre	Inicial		Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año) - -
2	Sexo M o F	Apellido	Altura (pies, pulg.)	Peso (lbs.)	Número de Seguro Social
	Sexo M o F	Nombre	Inicial		Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año) - -
3	Sexo M o F	Apellido	Altura (pies, pulg.)	Peso (lbs.)	Número de Seguro Social
	Sexo M o F	Nombre	Inicial		Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año) - -
4	Parentesco	Apellido	Altura (pies, pulg.)	Peso (lbs.)	Número de Seguro Social
	Sexo M o F	Nombre	Inicial		Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año) - -
5	Parentesco	Apellido	Altura (pies, pulg.)	Peso (lbs.)	Número de Seguro Social
	Sexo M o F	Nombre	Inicial		Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año) - -
6	Parentesco	Apellido	Altura (pies, pulg.)	Peso (lbs.)	Número de Seguro Social
	Sexo M o F	Nombre	Inicial		Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año) - -
7	Parentesco	Apellido	Altura (pies, pulg.)	Peso (lbs.)	Número de Seguro Social
	Sexo M o F	Nombre	Inicial		Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año) - -
8	Parentesco	Apellido	Altura (pies, pulg.)	Peso (lbs.)	Número de Seguro Social
	Sexo M o F	Nombre	Inicial		Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año) - -

Información personal

Dirección postal de residencia (Número, Calle, Apartamento)		Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL
Teléfono en el hogar ()		Teléfono en el trabajo ()		¿Es usted Miembro actual de COBRA/Continuación? Si responde sí, indique la fecha en que ocurrió el evento que califica:
Indique el número de horas que trabaja en una semana normal: _____ horas	¿Ha sido alguna vez, usted o sus Dependientes, Miembro de PacifiCare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha declinado alguna vez, usted o cualquiera de sus Dependientes la cobertura de PacifiCare en los 12 meses recién pasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo	

Código fuente	Nro. de referencia
---------------	--------------------

Seguro de Vida de Grupo (Únicamente llene esta sección si su Empleador está ofreciendo cobertura de vida de grupo a través de PacifiCare)

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año)	Número de Seguro Social
Yo deseo la cobertura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, Yo solicito cobertura para <input type="checkbox"/> Mi persona <input type="checkbox"/> Para mí y para mis Dependientes elegibles				
Beneficiario del Seguro de Vida (Nombre completo)			Parentesco	

Coordinación de los beneficios

¿Tiene alguna de las personas indicadas anteriormente otro seguro de salud? Sí No Si responde sí, llene la sección siguiente.

NOMBRE	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NO. DE PÓLIZA Y FECHA DE VIGENCIA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE OTRO EMPLEADOR

Preguntas Médicas del Formulario de Afiliación de Empleado de Pequeños Negocios

- ¿Ha incurrido usted o cualquiera de sus Dependientes elegibles para cobertura en gastos médicos en exceso de \$5,000 por cualquier tipo de tratamiento médico en los 5 años recién pasados? Sí No
- ¿Tiene pendiente usted, o cualquiera de sus Dependientes elegibles para cobertura, hospitalización, cirugía, pruebas de diagnóstico u otros tratamientos, o se le ha sugerido que es necesaria la hospitalización, cirugía, pruebas de diagnóstico o tratamiento? Sí No
- En los 5 años recién pasados, ¿ha recibido usted o alguno de sus Dependientes elegibles tratamiento o le ha diagnosticado un Profesional Médico autorizado cualquiera de las afecciones siguientes:
Cáncer; cardiopatías; ataques cerebrales; presión sanguínea alta; colesterol elevado; trasplante (recomendado, pendiente o realizado); diabetes; enfermedades físicas o mentales; alcoholismo o drogadicción; artritis; trastornos de hígado o riñones, pulmonares o del intestino; COPD; enfisema; apnea del sueño; fibrosis cística; u otra afección progresiva o debilitante? (*Adjunte una hoja de papel separada para incluir condiciones médicas adicionales*) Sí No
- En los 5 años recién pasados, ¿ha recibido usted o alguno de sus Dependientes elegibles tratamiento o le ha diagnosticado un Profesional Médico autorizado cualquiera de las afecciones siguientes:
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Complejos Relacionados con el SIDA (ARC), VIH o lupus (SLE)? Sí No
- ¿Está usted o alguno de sus Dependientes elegibles actualmente hospitalizado o discapacitado debido a una enfermedad o accidente? Sí No
- ¿Está usted o alguna de sus Dependientes elegible embarazada actualmente? Sí No
- ¿Está usted o alguno de sus Dependientes elegible tomando actualmente medicamentos bajo receta? Sí No
- ¿Está usted o alguno de sus Dependientes elegibles actualmente padeciendo o en tratamiento por cualquier afección no incluidas en la lista anterior? Sí No

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS MÉDICAS, SERÁ NECESARIO QUE LLENE LO SIGUIENTE.

Favor suministrar los detalles COMPLETOS para cada respuesta "Sí" para cualquiera de las afecciones. (Si fuese necesario, adjunte hojas adicionales)

Preg. # [] Nombre del Solicitante: _____ Fecha de inicio de afección: _____
Diagnóstico: _____ Actualmente en tratamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicamento/Tratamiento: _____
¿Terminó el tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, indique la fecha de finalización: _____
Preg. # [] Nombre del Solicitante: _____ Fecha de inicio de afección: _____
Diagnóstico: _____ Actualmente en tratamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicamento/Tratamiento: _____
¿Terminó el tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, indique la fecha de finalización: _____
Preg. # [] Nombre del Solicitante: _____ Fecha de inicio de afección: _____
Diagnóstico: _____ Actualmente en tratamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicamento/Tratamiento: _____
¿Terminó el tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, indique la fecha de finalización: _____

Código fuente	Nro. de referencia
---------------	--------------------

Favor suministrar los detalles COMPLETOS para cada respuesta "Sí" para cualquiera de las afecciones. (Si fuese necesario, adjunte hojas adicionales)

Preg. # [] Nombre del Solicitante: _____ Fecha de inicio de afección: _____
 Diagnóstico: _____ Actualmente en tratamiento: Sí No
 Medicamento/Tratamiento: _____

 ¿Terminó el tratamiento? Sí No Si responde sí, indique la fecha de finalización: _____

SI USTED DESEA DECLINAR LA COBERTURA, LLENE LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA EN LA ÚLTIMA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO.

TÉRMINOS Y CONDICIONES – FAVOR LEER DETENIDAMENTE ESTE FORMULARIO ANTES DE FIRMARLO

En mi nombre y en el de mis Dependientes elegibles, por este medio solicito la cobertura de salud de grupo indicada en este formulario de PacifiCare Life Assurance Company (PLAC) que se ofrece a través de mi empleador, y entiendo y acepto lo siguiente:

- Debo cumplir lo estipulado en la Póliza de Grupo de PacifiCare Life Assurance Company (la "Póliza") si hubiese seleccionado el Plan PacifiCare SignatureOptions (PPO), el Plan PacifiCare SignatureIndependence (Indemnización) o el Plan PacifiCare SignatureFreedom (SDHP).
- Mi empleador puede deducir de mis ingresos la contribución de empleado necesaria para cubrir mi porción de la prima, si la hubiese.
- PLAC o un designado habrá de tener acceso y podrá hacer uso de mi expediente médico y de los expedientes médicos de mis dependientes, incluso los expedientes médicos de salud mental y los expedientes médicos de tratamiento o prevención del alcoholismo y drogadicción, según lo estipule la ley para fines de Revisión de la Utilización, Control de Calidad, encuestas, procesamiento de reclamaciones, auditorías financieras, clasificación, seguros u otros fines razonablemente relacionados con el desempeño de la Póliza.
- Cualquier fraude o declaración falsa y deliberada al responder las preguntas incluidas en esta solicitud diferentes a las relacionadas con el estado de salud puede resultar en la negación de los beneficios y en la cancelación de mi afiliación en PLAC o la de mis dependientes.
- La cobertura no ha de comenzar antes que PLAC acepte este formulario de afiliación. La aceptación de PLAC se obtendrá cuando se reciba toda la información de afiliación necesaria. Al aceptar este formulario de solicitud, PLAC habrá de acatar los términos de la Póliza y las enmiendas pertinentes.
- He recibido, leído y comprendido la Póliza de Grupo de PacifiCare, el *Plan de Beneficios*, las Limitaciones y Exclusiones, el Directorio de Doctores Participantes y una copia de este Formulario de Inscripción.

Si yo hubiese solicitado cobertura de Seguro de Vida de Grupo según se indica en este formulario:

Yo declaro que la información suministrada es verdadera y por este medio autorizo las deducciones de nómina de mi salario para cubrir las contribuciones o cuotas necesarias para mantener mi elegibilidad.

Autorización

Yo acepto: Toda la información en este formulario es correcta y verdadera. Además autorizo a mi empleador para que deduzca de mis ingresos cualquier contribución que sea necesario aplicar para el costo de este plan. Yo certifico que trabajo a tiempo completo en el lugar de negocios del empleador usualmente 30 horas por semana.

Autorización para obtener o divulgar información médica: Yo autorizo a cualquier compañía de seguros, plan de servicios de atención médica, organización de mantenimiento de la salud (HMO), doctor, hospital, clínica, proveedor de atención médica u otra organización, institución o persona en poder de mi expediente médico o con conocimientos de cualquiera de las personas listadas en este formulario para que entregue a **PacifiCare** o a su agente designado cualquiera y todos los expedientes pertinentes a cualquier historial médico, servicios o tratamientos suministrados a cualquiera de las personas incluidas en esta solicitud para fines de revisión, investigación o evaluación. Esta autorización entra en vigencia inmediatamente y ha de permanecer vigente mientras sea necesario procesar reclamaciones. Una fotocopia de esta autorización tiene el mismo efecto legal que su original.

Firma He leído, comprendo y acepto los términos y condiciones expresados en todas las páginas de este formulario. Una reproducción de esta autorización habrá de tener la misma validez que el original.

X _____
Firma

Fecha

PacifiCare®

Servicio a Clientes:

866-316-9776 PacifiCare SignatureOptions (PPO)/
 PacifiCare SignatureIndependence (Indemnización)
 866-867-0700 PacifiCare SignatureFreedom (SDHP)
 www.pacificare.com

Declinación de cobertura Nombre _____ SS# _____

A menos que una de las circunstancias indicadas a continuación se aplique a su situación, la falta de inscribirse durante el período inicial de inscripción permitirá que el plan le trate como Miembro inscrito tardíamente.

Yo certifico que la razón por la que declino la inscripción es: (Marque la opción que sea aplicable)

- Tengo cobertura en virtud de otro plan de beneficios de salud de grupo ofrecido a mi Cónyuge.
- Tengo cobertura en virtud de otro plan de beneficios de salud de grupo que ofrece mi EMPLEADOR.
- Tengo cobertura en virtud de un Plan de Salud individual.
- Yo declino la cobertura para mi Cónyuge, cuyo nombre es: _____ ,
porque _____
- Yo declino la cobertura para mi(s) hijo(s), cuyos nombres son: _____ ,
porque _____
- Yo declino la cobertura _____
porque _____

Si alguno de mis Dependientes o yo hubiésemos declinado la cobertura según se indicó anteriormente:

Entiendo que en el caso de que mis Dependientes elegibles o yo optásemos por inscribirnos en un plan de PacifiCare en fecha posterior, se nos puede considerar como “Miembros inscritos tardíamente” y para obtener cobertura tendremos que esperar hasta el próximo Período de Inscripción Abierta. Se me ha informado que en virtud de las siguientes circunstancias, ni a mis Dependientes elegibles ni a mí se nos considerará como “Miembros Inscritos Tardíamente”, si:

1. COBERTURA CON EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE OTRO EMPLEADOR. No habrá de considerárseles, ni a usted ni a sus Dependientes (colectivamente “Ustedes”) como Miembros Inscritos Tardíamente si:
 - a. Tienen cobertura actualmente en el plan de beneficios de salud de otro empleador (el “Plan”), aunque usted califique también para inscribirse en un Plan de PacifiCare;
 - b. Ustedes certifican por escrito en esta Declinación de Cobertura que declinan la cobertura de PacifiCare porque ya tienen cobertura de otro Plan de grupo;
 - c. Ustedes se enteran en fecha posterior que han perdido o perderán la cobertura del otro Plan debido a:
 - (1) la terminación de su empleo o del empleo de la persona por medio de la cual Ustedes tienen cobertura como Dependientes;
 - (2) hay un cambio en el estado de su empleo o en el estado de empleo de la persona por medio de la cual Ustedes tienen cobertura como Dependientes;
 - (3) termina la cobertura en virtud del otro Plan;
 - (4) termina la contribución monetaria del empleador para su cobertura en virtud del otro Plan;
 - (5) fallece la persona por medio de la cual Ustedes tienen cobertura como Dependientes;
 - (6) divorcio; o
 - d. Ustedes solicitan inscribirse a más tardar en un plazo de treinta (31) días después del vencimiento de su cobertura en el otro Plan debido a uno de los motivos indicados en el inciso 1(c).
 - e. Ustedes son empleados de empleador que ofrece múltiples planes de beneficios de salud y eligieron un

plan diferente de beneficios de salud durante el Período de Inscripción Abierta;

- f. Un tribunal ha ordenado que se suministre cobertura para un Cónyuge en virtud de un Plan del empleado con cobertura y la solicitud de afiliación se realiza antes de transcurridos 31 días después de la fecha de emisión de la orden del tribunal;
 - g. Un tribunal ha ordenado que se suministre cobertura para un menor en virtud del Plan de un empleado con cobertura y la solicitud de afiliación se realiza antes de transcurridos 31 días después de la fecha en que el empleador recibe la orden del tribunal o la notificación de la orden del tribunal;
 - h. Ocurre un cambio en la estructura de su grupo familiar debido a matrimonio, al nacimiento de un hijo, a la adopción de un hijo, o debido a que el titular asegurado se convierte en una de las partes de una demanda para la adopción de un hijo;
 - i. Una persona se convierte en Dependiente debido a matrimonio, al nacimiento de un nuevo hijo, a la adopción de un hijo, o porque la persona asegurada se convierte en una de las partes de una demanda para la adopción del hijo; y
 - j. La persona descrita en los incisos H e I de este párrafo solicita la afiliación antes de transcurridos 31 días después de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción de un hijo, o en un plazo de 31 días después de la fecha en que la persona asegurada se convierte en una de las partes de una demanda para la adopción del hijo.
2. La persona es un hijo del empleado con cobertura que ha perdido la cobertura en virtud del Título XIX de la Ley de Seguro Social, que no sea la cobertura que consiste solamente en beneficios en virtud de la Sección 1928 de dicha ley, o en virtud del Capítulo 62, Código de Salud y de Seguridad, y la solicitud de afiliación se realiza antes de transcurridos 31 días después de la fecha en que el hijo pierda su cobertura.

Si Ustedes cumplen con los requisitos antedichos, no se les clasificará como Miembros Inscritos Tardíamente.

Mi firma al pie de este documento certifica que he leído, comprendo y acepto los términos y condiciones que anteceden.

X _____ Firma _____ Fecha _____