

Solicitud de inscripción para seguro médico/dental/de vida/de la vista



CaliforniaChoice 51+
Your Health. Your Choice.®

721 South Parker, Suite 200
Orange, CA 92868

A. Información personal

Nombre de la compañía		Núm. de teléfono del empleador	Nombre del puesto del empleado	Fecha de contratación a tiempo completo
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja de hecho	Observación: Si usted o alguno de sus dependientes no van a inscribirse, aún debe llenar y fechar la sección de renuncia al dorso.		
Apellido del empleado		Núm. de Seguro Social del empleado		
Nombre del empleado		Fecha de nacimiento		Núm. de grupo
Domicilio de casa		Núm. de apto.	Ciudad	Estado
Código postal				
Núm. de teléfono (casa)	Domicilio postal (si es diferente)			

B. Beneficios médicos (sólo escoja un plan)

CalChoice® 51+ HMO	Health Net of CA	Health Net Life Insurance Company
<input type="checkbox"/> CalChoice® 51+ HMO 15 <input type="checkbox"/> CalChoice® 51+ HMO 25 <input type="checkbox"/> CalChoice® 51+ HMO 40	<input type="checkbox"/> ELECT SM Open Access <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente <input type="checkbox"/> HDHP 1500* * Plan de Salud con Deducibles Altos elegible para HSA	<input type="checkbox"/> PPO 250 <input type="checkbox"/> PPO 500 <input type="checkbox"/> PPO 1000 <input type="checkbox"/> PPO 1500 <input type="checkbox"/> HSA 1500 <input type="checkbox"/> HSA 2000 <input type="checkbox"/> Flex Net (sólo fuera del área)

Sólo para PPO: se debe llenar un Formulario de Verificación de Estudiante de Tiempo Completo para todos los hijos de 19 a 23 años

C. Beneficios opcionales — Pregunte a su administrador del plan de salud si su empleador está ofreciendo cualquiera de los beneficios opcionales siguientes

Seguro de vida			
Nombre completo del beneficiario	Relación con el beneficiario	Fecha de nacimiento del beneficiario	Cantidad del seguro de vida
Cobertura dental			
<input type="checkbox"/> Dental 100 (sin cargo) <input type="checkbox"/> Dental 3500	<input type="checkbox"/> Dental 1000 <input type="checkbox"/> Dental 3000 <input type="checkbox"/> Dental 4000 <input type="checkbox"/> Dental 5000	Si escoge los planes 1000 ó 3000, debe seleccionar un dentista: Dentista:	Núm. de identificación:
<input type="checkbox"/> Marque si el dentista seleccionado es el proveedor actual		<input type="checkbox"/> Marque si desea que se le asigne un dentista	
Cobertura de la vista			
<input type="checkbox"/> Visión (sin cargo) <input type="checkbox"/> Voluntary Vision (cargo adicional)		Premium Only Plan (P.O.P.) <input type="checkbox"/> Deseo que se pague antes de los impuestos mi parte de las primas de seguro que califiquen	

D. Información sobre la inscripción (complete esta sección SÓLO si está escogiendo cobertura médica, dental y/o de la vista para usted o para sus dependientes)

	Empleado	Cónyuge	Hijo	Hijo	Hijo
Apellido	<input type="checkbox"/> Sólo seguro de vida				
Nombre					
Relación con el empleado		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho			
Núm. de Seguro Social					
Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento		/ /	/ /	/ /	/ /
Médico de atención primaria*					
Núm. de identificación y ciudad del médico					
¿Es paciente actual del PCP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está discapacitado?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se está inscribiendo para?	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent† <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent† <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent† <input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Dent† <input type="checkbox"/> Vista

Marque aquí si desea que su Plan de Servicio de Atención Médica le asigne un Médico de Atención Primaria.

* Por favor asegúrese de que su PCP tiene contrato con la aseguradora de su elección antes de inscribirse. A los nuevos empleados que se agreguen a los grupos existentes se les asignará automáticamente un PCP si no escogen uno o si el PCP no tiene contrato con el plan de salud seleccionado. No se requiere que los suscriptores de Kaiser Permanente escojan un PCP.

† Los dependientes inscritos en la cobertura dental deben ser los mismos dependientes inscritos en la cobertura médica.

E. Coordinación de beneficios

¿Mantendrán una cobertura médica adicional a través de otro plan usted o cualquiera de sus dependientes que se están inscribiendo en la cobertura médica de CaliforniaChoice 51+? Sí No Si sí, por favor proporcione la siguiente información del plan. Incluya Medicare, si corresponde.

Nombre completo del asegurado	Nombre de otra aseguradora o plan de salud	Núm. de identificación de la póliza	Empleador

F. Su reconocimiento LEGAL (Leer, firmar y fechar a pie de página)

Al presentar esta solicitud firmada, acuerdo y entiendo que el plan de salud que he elegido a través del programa CaliforniaChoice 51+ tendrá automáticamente un gravamen sobre cualquier pago de dinero proveniente de cualquier fuente, por servicios prestados en relación con una lesión causada por los actos u omisiones de terceros.

Estoy de acuerdo, en nombre propio y en el de mis dependientes, en aceptar los beneficios, copagos, deducibles, exclusiones, limitaciones y otros términos del contrato de grupo pequeño del plan de salud.

Autorizo a que mi médico, proveedor de atención médica, hospital, clínica u otro centro médicamente relacionado proporcionen mi información médica protegida, y la de mi dependiente o dependientes, incluidos expedientes médicos, al plan de salud que he elegido a través de CaliforniaChoice 51+ o sus agentes autorizados con el propósito de revisar, investigar o evaluar una solicitud o reclamación, así como para una revisión de utilización y control de calidad. Autorizo a que CaliforniaChoice 51+ y el plan de salud que he elegido, así como sus agentes, personas designadas o representantes, divulguen a un hospital, plan de salud, compañía de seguros o proveedor de atención médica aquella información médica protegida que fuera necesaria para llevar a cabo cualquiera de esas actividades. Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente por un plazo máximo de 30 meses a partir de la fecha de su firma. Entiendo que yo, o una persona autorizada en mi nombre, tenemos el derecho de recibir una copia de este formulario de autorización.

He leído y entiendo la información que se me ha proporcionado en referencia a los Planes de Primas Solamente y las consecuencias tributarias.

Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de California, que las siguientes declaraciones son verdaderas, correctas y hacen referencia al empleador nombrado en esta solicitud, a mí mismo y a mis dependientes nombrados en esta solicitud:

- Trabajo activa y permanentemente para el empleador y éste me considera elegible ya que trabajo 30 o más horas por semana, o califico como participante de COBRA/Cal-COBRA.
- No soy empleado temporal, de temporada, por día o según el artículo 1099 del IRS ni estoy asegurado, ni califico para estar asegurado, por la póliza sindical del empleador.
- Las fechas de nacimiento de mis hijos son correctas. Mis hijos son solteros o no tienen una pareja de hecho y dependen económicamente de mí según las pautas del IRS. Mi cónyuge/pareja de hecho o yo somos los padres naturales de mis hijos o éstos han sido adoptados legalmente por mí y/o por mi cónyuge/pareja de hecho, y/o mi cónyuge/pareja de hecho o yo somos tutores legales no temporales de ellos.

Entiendo que las declaraciones arriba indicadas están sujetas a confirmación en cualquier momento y estoy de acuerdo en proporcionar a CaliforniaChoice 51+ toda la información necesaria para probar su veracidad.

Entiendo que las declaraciones falsas y/o la falta de proporcionar la información que se me solicite serán causa suficiente para dar por terminados todos los beneficios de CaliforniaChoice 51+ 15 días después de la fecha del aviso de terminación de beneficios, y yo seré responsable de todos los servicios y cargos contraídos a través de los proveedores del programa CaliforniaChoice 51+ a partir de dicha fecha.

Entiendo que todas aquellas personas, negocios o planes de salud que sufran pérdidas debido a declaraciones falsas contenidas en esta declaración podrán presentar una demanda legal contra mí para recuperar dichas pérdidas.

- Las declaraciones realizadas constituyen la base sobre la cual se podrá emitir la cobertura.
- Si se ha omitido o se ha indicado falsamente algún dato esencial, se podría cancelar la cobertura o rescindirse el contrato del empleador.
- He LEÍDO, ENTIENDO Y CONFIRMO que yo y mis dependientes hemos satisfecho todos los requisitos de elegibilidad.

La ley de California prohíbe que los planes de servicios de atención médica y las compañías de seguros de la salud requieran o usen pruebas de VIH como condición de la obtención de cobertura. Para su protección, las leyes de California requieren que se indique en este formulario el siguiente texto: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida sufrida es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas o a condena en la prisión del estado.

ARBITRAJE: Entiendo que toda disputa o controversia que pueda surgir referente al cumplimiento, interpretación o incumplimiento del acuerdo entre yo mismo (y/o todo dependiente inscrito) y mi plan de salud, ya se deba a un acto ilícito o a otra causa, deberá someterse a arbitraje vinculante en lugar de a un juicio ante juez o ante jurado si no se resuelve satisfactoriamente a través del proceso de quejas de mi plan de salud.

PERSONAS INSCRITAS EN HEALTH NET: ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE: Sujeto a los términos del contrato del plan o póliza de seguro (que podría prohibir el arbitraje obligatorio de ciertas disputas si el contrato del plan o la póliza de seguro están sujetos al artículo 1001, y subsiguientes, de ERISA 29 U.S.C.), yo, el empleado, entiendo y convengo en que todas las disputas o desacuerdos entre mí (incluidos cualquiera de los miembros de mi familia inscritos o herederos o representantes personales) y las entidades de Health Net, las entidades de Safeguard y/o las entidades de Fidelity, referentes a la interpretación, cumplimiento o incumplimiento del contrato del plan o póliza de seguros, o referentes a otros asuntos relacionados o surgidos de mi membresía en las entidades de Health Net, las entidades de Safeguard y/o las entidades de Fidelity, ya estén declaradas por acto ilícito, contrato o de otra manera, y al margen de que otras partes, tales como proveedores de atención médica o sus agentes o empleados, estén o no involucrados, deberán someterse a arbitraje vinculante y definitivo en lugar de a un juicio ante juez o ante jurado. Entiendo que al aceptar someter todas las disputas a arbitraje vinculante y definitivo, todas las partes, incluidas las entidades de Health Net, las entidades de Safeguard y/o las entidades de Fidelity, renuncian a su derecho constitucional de que su disputa se decida en un tribunal de justicia ante un jurado. Entiendo asimismo que las disputas que pueda tener con las entidades de Health Net, las entidades de Safeguard y/o las entidades de Fidelity relacionadas con reclamaciones por negligencia médica están también sujetas a arbitraje vinculante y definitivo. En el contrato del plan o póliza de seguro se incluye una disposición sobre arbitraje más detallada. Mi firma a pie de página indica que acepto someter todas las disputas a arbitraje vinculante.

PERSONAS INSCRITAS EN KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN: ACUERDO DE ARBITRAJE: Entiendo que (excepto en casos de reclamaciones de pequeña cuantía, reclamaciones sujetas al procedimiento de apelaciones de Medicare y, si mi Grupo debe cumplir con ERISA, ciertas disputas relacionadas con beneficios) toda disputa que yo, mis herederos, parientes u otras partes asociadas, por una parte, puedan tener con Health Plan, sus proveedores de atención médica u otras partes asociadas, por otro lado, por supuestos incumplimientos de cualquier obligación surgida o relacionada con la membresía en Health Plan, incluidas todas aquellas reclamaciones por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación en el sentido de que los servicios médicos no fueron necesarios o autorizados o fueron prestados de una manera inapropiada, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de instalaciones o relacionadas con la cobertura o prestación de servicios o entrega de artículos, al margen de cualquier teoría legal, deberá ser decidida mediante arbitraje vinculante de conformidad con la ley de California y no mediante demanda judicial ni recurriendo a un procedimiento judicial, excepto que la ley vigente establezca una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Convengo en renunciar a nuestro derecho a juicio ante jurado y acepto el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición completa sobre arbitraje consta en la Evidencia de Cobertura (*Evidence of Coverage*).

PERSONAS INSCRITAS EN CIGNA: RESIDENTES DE CALIFORNIA SOLAMENTE: CIGNA HealthCare hace uso del arbitraje vinculante para la resolución de disputas, incluidas las reclamaciones de negligencia médica relacionadas con la prestación de un servicio de conformidad con el plan. Se entiende que todas las disputas relacionadas con negligencia médica, es decir, una reclamación en el sentido de que los servicios médicos prestados de conformidad con este contrato no fueron necesarios o autorizados o fueron prestados de una manera inapropiada, negligente o incompetente, se determinarán mediante arbitraje de conformidad con la ley de California y no mediante demanda judicial ni recurriendo a un procedimiento judicial, excepto que la ley de California establezca una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Las partes de este contrato, al formalizarlo, renuncian a su derecho constitucional de hacer que las disputas se resuelvan en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje. Se entiende que este acuerdo para arbitraje de disputas se aplicará y extenderá a toda disputa por negligencia médica relacionada con la prestación de servicios de conformidad con el plan, y a todas las reclamaciones por acto ilícito, contrato u otra causa, entre el Grupo, aquella persona o personas que obtengan servicios de conformidad con el plan, ya se refieran a ellas como miembro, suscriptor, dependiente, persona inscrita o de otra manera (ya sea menor de edad o persona adulta) o los herederos legales o representantes personales de dicha persona o personas, según sea el caso, y CIGNA HealthCare (incluidos sus agentes, sucesores o predecesores en interés, empleados o proveedores).

Empleado: **FIRME AQUÍ PARA COBERTURA MÉDICA, DENTAL, DE VIDA O DE LA VISTA:** _____ Escribe en letra de molde el nombre _____ Fecha: _____



Con mi firma reconozco tanto las declaraciones sobre arbitraje de la HMO que he seleccionado en la Parte B como mi decisión de inscribirme en la cobertura médica, dental, de visión y de seguro de vida que he seleccionado en la Parte C.

Solicitantes de COBRA: Indicar el tipo de COBRA: <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA	Indicar el evento calificador: <input type="checkbox"/> Terminación del empleo <input type="checkbox"/> Reducción de horas	<input type="checkbox"/> Hijo(a) ya no califica <input type="checkbox"/> Divorcio/separación legal	<input type="checkbox"/> Derecho a Medicare <input type="checkbox"/> Fallecimiento del empleado	Fecha del evento calificador _____
---	---	---	--	--

Renuncia a cobertura médica/dental



CaliforniaChoice 51+
Your Health. Your Choice.®

Sólo llene esta solicitud si no desea recibir cobertura médica o dental para usted ni para sus dependientes que califiquen. **Si su empleador ofrece seguro de vida, no podrá renunciar a este beneficio y se le requiere que llene una solicitud de inscripción.** No se puede renunciar al seguro para quiropráctica cuando se inscribe a la cobertura médica.

721 South Parker, Suite 200
Orange, CA 92868

A. Información personal

Nombre de la compañía										Núm. de teléfono del empleador									
Apellido del empleado										Núm. de Seguro Social del empleado									
Nombre del empleado										Núm. de grupo									

B. Tipo de Renuncia

Mi empleador me ha ofrecido cobertura, pero en este momento deseo **NEGARME** a recibir la cobertura de la siguiente manera:

1) Cobertura médica para:	<input type="checkbox"/> Mí mismo y mis dependientes	<input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Hijo(s)
2) Cobertura dental para:	<input type="checkbox"/> Mí mismo y mis dependientes	<input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Hijo(s)

C. Motivos

Sólo se requiere un motivo si el empleado se niega a recibir la cobertura

1) Motivos para negarse a recibir la cobertura médica:
<input type="checkbox"/> Cobertura con otro grupo Nombre de la aseguradora: _____ Núm. de grupo _____
<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Medi-cal
<input type="checkbox"/> Póliza individual
<input type="checkbox"/> Otro motivo: _____ (se requiere explicar)
2) Motivos para negarse a recibir la cobertura dental:
<input type="checkbox"/> Cobertura con otro grupo Nombre de la aseguradora: _____ Núm. de grupo _____
<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Medi-cal
<input type="checkbox"/> Póliza individual
<input type="checkbox"/> Otro motivo: _____ (se requiere explicar)

D. Firma

Entiendo que si no escojo cobertura ahora, CaliforniaChoice 51+ puede imponer un periodo máximo de 12 meses de exclusión en caso de que solicite la cobertura en una fecha posterior.

También entiendo que si mi empleador me ofrece seguro de vida, **NO PUEDO RENUNCIAR A LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA.**

No se aplicará la disposición sobre la renuncia si: 1) un juez ordena la cobertura de un cónyuge o un hijo y la solicitud de inscripción se presenta en un plazo de 30 días de dicha orden judicial; o 2) el empleado cumple con TODOS los requisitos siguientes: A) tiene cobertura con un plan de salud patrocinado por otro empleador en el momento de la elegibilidad inicial; B) pierde la cobertura debido al término del empleo, cambio en su situación laboral, término involuntario de la cobertura del otro plan, suspensión de las contribuciones del empleador, o la muerte o divorcio del cónyuge; C) solicita la inscripción en un plazo de 30 días de la fecha de la pérdida de la cobertura.

Empleado FIRME AQUÍ PARA RENUNCIAR A LA COBERTURA DE SEGURO:	Fecha
---	-------



Para uso exclusivo del personal

<input type="checkbox"/> Nuevo grupo-empleado	<input type="checkbox"/> Nuevo contrato
<input type="checkbox"/> Renovar	

Fecha de vigencia: