

Solicitud de cobertura grupal del empleado

Las solicitudes deben recibirse en un plazo de 31 días a partir de la fecha de elegibilidad. No se procesarán las solicitudes incompletas.

Nombre del empleador:	Número de grupo:	Fecha de vigencia:
Plan seleccionado por el empleado:	Clase de empleado:	

Sección A

1) Nombre del empleado (apellido, nombre, segundo nombre)

2) Calle o dirección postal	3) Ciudad	4) Condado	5) Estado	6) Código postal
7) Número de teléfono de su casa ()	8) Número de teléfono de su trabajo ()	9) Número de teléfono celular ()		
10) Dirección de correo electrónico		11) En promedio, ¿cuántas horas trabaja en una semana?		
12) Es usted: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja de hecho ☐ Divorciado ☐ Separado legalmente ☐ Viudo Fecha del evento: _____		13) ¿Cuál fue su primer día de trabajo?		14) ¿Es usted jubilado? ☐ Sí ☐ No
15) ¿Cuenta usted con COBRA (Ley federal general consolidada de reconciliación presupuestaria) o con Continuidad a cargo del Estado? ☐ Sí ☐ No <i>Si la respuesta es “sí”, proporcione fecha de inicio y motivo:</i> _____				

Sección B

Indique el motivo por el cual presenta la solicitud. *(Marque la opción que corresponda)*

☐ Nueva contratación
☐ Pérdida de otra cobertura
☐ Solicitante tardío
☐ Reempleo
☐ Regreso de un despido

☐ Elección anual doble/inscripción abierta
☐ Transferencia a segmento de discapacidad
☐ Transferencia a segmento de jubilación
☐ Empleo de medio tiempo a tiempo completo o empleado de horarios variables elegible según ACA (Ley del cuidado de salud asequible)
☐ Elección de continuación o COBRA

Fecha de vigencia del cambio: _____
☐ Matrimonio
☐ Nacimiento, adopción/entrega en adopción
☐ Agregar/quitar dependientes
☐ Cambio de nombre/cambio de dirección/cambio de PCP (médico de atención primaria)
☐ Póliza colectiva de nuevo empleador
☐ Otro

Sección C

Seleccione el tipo de cobertura de seguro que solicita.

☐ Solo empleado ☐ Empleado y cónyuge/pareja de hecho ☐ Empleado y menores dependientes ☐ Empleado, cónyuge/pareja de hecho y menores dependientes

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Relación con el empleado	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo	Proveedor de atención primaria o clínica
	Él mismo				
	Cónyuge/Pareja de hecho				
	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro _____				
	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro _____				
	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro _____				
	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro _____				

Sección D

¿Los menores dependientes mencionados en esta solicitud viven con usted en la dirección proporcionada anteriormente? Si la respuesta es “no”, escriba los nombres y las direcciones de los menores dependientes: ☐ Sí ☐ No

Si existe algún acuerdo en una sentencia u orden judicial que establece quién es el responsable de proporcionarles seguro médico a los menores dependientes mencionados, indique el nombre de la persona que tiene la custodia principal de los menores dependientes y el nombre de la persona responsable del seguro médico: _____

¿Usted, su cónyuge o sus hijos dependientes incluidos en esta solicitud tienen actualmente o tuvieron en los últimos 18 meses cobertura de seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es “sí”, complete el siguiente cuadro:

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Compañía de seguros, plan y número de grupo	Fecha de vigencia de la cobertura	Fecha de cese de la cobertura	Motivo de cese de la cobertura	Tipo de cobertura

Sección E

¿Usted, su cónyuge o sus hijos cuentan con la cobertura de Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicare Parte D? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es “sí”, escriba los nombres: _____

Motivo para tener Medicare: ☐ 65 años ☐ Discapacidad ☐ Enfermedad renal en etapa terminal ☐ Discapacidad y ESRD (enfermedad renal en etapa terminal)

Fecha de vigencia de la Parte A: _____ Fecha de vigencia de la Parte B: _____ Fecha de vigencia de la Parte C (Med Advantage): _____

Fecha de vigencia de la Parte D: _____

Sección F

Entiendo que cumpla con los requisitos para solicitar un seguro médico grupal a través de mi empleador. NO deseo y, por medio de la presente, renuncio a un seguro médico grupal:

☐ Para mí ☐ Para mi cónyuge/pareja de hecho ☐ Para mis hijos dependientes

☐ Para mí, mi cónyuge/pareja de hecho y mis hijos dependientes

Motivo de la renuncia: ☐ Las personas enumeradas anteriormente tienen otro seguro. ☐ Buena salud

☐ Debido a mis ingresos, tendría que pagar más del 10 % de mis ingresos totales anuales por el seguro médico.

Términos y condiciones

1.

Al firmar esta solicitud, entiendo y acepto que: (a) todas las declaraciones y respuestas que proporcioné son, según mi leal saber y entender, exactas y verdaderas; (b) el seguro que solicito por medio de la presente tendrá vigencia solo cuando Prevea360 Health Plan autorice esta solicitud. La evidencia de dicha autorización será la emisión de las tarjetas de identificación, que se entregarán al grupo o al empleado. La fecha de vigencia será la fecha que exhiba la tarjeta de identificación emitida; (c) los números de Seguro Social que he proporcionado pueden utilizarse para fines de identificación; y (d) si mi salud o la de mis dependientes deja de ser la indicada en la solicitud antes de la fecha de vigencia de la cobertura, notificaré a Prevea360 del cambio inmediatamente. Los cambios en los historiales médicos anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura, que no sean informados a Prevea360, serán considerados declaraciones erróneas. Cualquier persona que intencionalmente presente un reclamo falso o fraudulento, dentro del periodo en que se pueda disputar, por el pago de una pérdida o un beneficio, o que intencionalmente proporcione información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeto a multas o encarcelamiento según la Ley 943.395 de Wis. También entiendo que, en el caso de fraude o tergiversación, esta información podría utilizarse para reducir o denegar un reclamo, invalidar la cobertura o invalidar los contratos grupales dentro del periodo en que se pueda disputar, si dicha tergiversación afecta la aceptación de riesgo por parte de Prevea360.
2.

Al firmar esta solicitud, autorizo: (a) a cualquier médico, hospital, clínica, centro de salud u otra institución que, en algún momento, me haya brindado tratamientos o servicios a mí, a mi cónyuge o mis hijos menores, o a sus representantes (incluido el servicio de facturación), a poseer información médica, que incluye, pero no se limita a: identificación, historial médico, diagnósticos, pronósticos, consultas, recomendaciones, tratamientos, servicios, fechas de tratamientos o servicios, resultados de pruebas (con excepción de pruebas genéticas y análisis de sangre autorizados por la FDA para detectar el VIH, pero sin excluir rayos X), informes de resúmenes, sin limitarse al periodo de tratamiento, información de diagnóstico o tratamiento, antecedentes o tipos de lesiones o enfermedades (incluidos embarazo y tratamiento o servicio, en el caso de que existiese, para enfermedades mentales o del sistema nervioso, abuso de alcohol o drogas) y (b) a cualquier compañía aseguradora o reaseguradora, servicio o plan de beneficio prepago, administrador de planes, agencia de informes para el consumidor, empleador, personal o socio que tenga información no relacionada con mi salud, la de mi cónyuge o mis hijos menores, con respecto a la elegibilidad y la administración de reclamos, a revelar dicha información en su totalidad a Prevea360 o sus representantes (incluido el departamento de reclamaciones). Entiendo que esta autorización será válida por 30 meses, cuando se utilice para obtener información relacionada con la solicitud de una póliza de seguro. Entiendo que, cuando se utilice con fines de obtener información relacionada con reclamos de beneficios, revisiones de uso, mejoras de calidad, operaciones de atención médica u otras actividades permitidas por ley, esta autorización será válida durante el plazo de la póliza o mientras haya reclamaciones de beneficios pendientes, el periodo que sea más extenso. Entiendo que puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización.
3.

Entiendo que, ninguna cobertura aprobada para mí o mis dependientes entrará en vigor si no estoy activo en mi empleo de tiempo completo con mi empleador en la fecha de vigencia asignada, pero que dicha cobertura entrará en vigor el día en el que esté activo en dicho empleo.
4.

Esta solicitud, cuando se apruebe, y cualquier endoso, enmienda o cláusula que se le agregue formará parte de los contratos que solicito.
5.

Ninguna persona que no sea empleado de Prevea360 está autorizada a cambiar o modificar un contrato. También entiendo y acepto que Prevea360, sus directores, representantes, empleados y agentes no serán responsables de ninguna lesión, perjuicio o gasto (incluidos los honorarios de un abogado) que yo o cualquiera de mis dependientes sufra, como resultado de una recomendación inadecuada, acción u omisión de algún proveedor de atención médica.
6.

Sujeto a la aceptación de la solicitud por parte de Prevea360, autorizo al grupo, como mi agente remitente y hasta que esta autorización se revoque por escrito, a deducir de mis honorarios o salario una cantidad suficiente para prever el pago anticipado regular y oportuno de las tarifas actuales de suscripción, que mi empleador no debe aportar de ningún otro modo, para los contratos solicitados, y a enviarlos en mi nombre a Prevea360.
7.

Los contratos solicitados se anularán cuando deje de ser empleado o asociado del grupo. En el caso de que desee conservar mi membresía después de dicho cese, será mi responsabilidad conseguir un nuevo formulario de solicitud de Prevea360 y solicitar los programas que se ofrezcan en ese momento para dichas personas.