

QUESTIONARIO INDIVIDUAL MÉDICO

COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN A FIRMA Y FECHA EN ÚLTIMA PAGINA

UME

Underwriting Management Experts

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre Completo Del Empleado		Estado Civil		
Dirección Residencial	Ciudad	Estado	Código Postal	
Numero Telefonico <i>(incluya código de área)</i>		Mejor Momento Para Comunicarse <i>(si administrador necesitara información adicional)</i>		
Fecha De Comiezo De Trabajo A Tiempo Completo <i>(mm/dd/yy)</i>	Fecha De Nacimiento <i>(mm/dd/yy)</i>	Altura	Peso	Numero De Seguro Social
Empleado Por	Numero Del Empleador <i>(incluya código de área)</i>	Núm. Promedio. De Horas Trabajadas		
Dirección Del Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal	
Ocupación Y Deberes				

Soy dueño, compañero o directivo de la empresa **No** soy dueño, compañero o directivo de la empresa

Estoy Inscribiendo Por: Independiente Independiente & Hijos *(cant.)* Independiente & Esposo/A Independiente, Esposo/A & Hijos *(cant.)*

RENUNCIA DE EMPLEADO

No me inscribo debido a que: Tengo otro plan médico Otros *(explique)* _____

RENUNCIA DEPENDIENTE

Si tiene dependientes *(esposo/a y/o hijos)* y no inscribiéndolos **todos**, favor completar lo siguiente:

No inscribo *(marque una o ambas)*: Esposo/A Hijos *(cant.)*

Debido a que: Tienen otro plan médico Otros *(explique)*

Entiendo que tengo el derecho de inscribir mis dependientes en estos momentos. Voluntariamente rechazo a inscribir mis dependientes y no he sido manipulado o presionado por nadie para rechazar dicha cobertura. Entiendo que si no inscribo mis dependientes en estos momentos, y no tienen ninguna cobertura, su derecho de inscribirse en el futuro podría ser restringido.

QUESTIONARIO INDIVIDUAL MÉDICO

COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN A FIRMA Y FECHA EN ÚLTIMA PAGINA



Underwriting Management Experts

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE – Completar para cada persona inscribiéndose (use página adicional si necesario)

Nombres De Participantes	Relacion	Sexo	Altura	Peso	Fecha De Nacimiento	SSN
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

SECCIÓN 2 – OTRAS COBERTURAS

¿Usted o alguno de sus dependientes tienen algún plan médico? SI NO

TIPO DE COBERTURA

Integral de Gastos Médicos Mayores Otros (proveer copias del plan beneficiante)

Nombre del Plan Médico	Número del Plan Médico
Fecha Efectiva de Cobertura	Fecha de Terminación
Razón por la Conclusión de Cobertura	

TIPO DE PLAN:

<input type="checkbox"/> Empleador Patrocinado	Nombre del Empleador	Política/Núm. Cert.
<input type="checkbox"/> Individual	Política/Num. Cert.	

Cobertura era para Uso independiente Esposo/a Hijos

QUESTIONARIO INDIVIDUAL MÉDICO

COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN A FIRMA Y FECHA EN ÚLTIMA PAGINA



Underwriting Management Experts

SECCIÓN 3 – HISTORIA MÉDICA

1. En los pasados 5 años, usted o algunos de sus dependientes ha tenido un diagnóstico, consultación, tratamiento o medicación para:

	SI	NO		SI	NO
Cerebro o Sistema Nervioso			Diabetes o Azúcar en Orina		
Endocrino o Trastorno Suprarrenal			Trastorno Digestivo o Gastrointestinal		
Endocrino o Trastorno Suprarrenal			Organismos de mama o reproductivos		
Presión Arterial			Desorden Autoinmune		
Corazón o Sistema Circulatorio			Desorden de espalda o espina dorsal		
Dolor en el pecho o Accidente cerebro vascular			Artritis reumatoide		
Desorden Sanguíneo			Enfisema, tuberculosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica		
Buques o Glándulas Linfáticas			La esclerosis múltiple o la fibrosis quística		
Cirrosis o Hepatitis			Enfermedad en la piel o colágeno		
Leucemia o Hodgkin's Disease			Enfermedad en los músculos		
Cáncer (excluyendo carcinoma baso celular)					

2. Dentro de los últimos 5 años, ¿alguien ha de inscribirse para la cobertura sido diagnosticado como siendo o han sidotratados para la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de cualquier inmuno deficiencia adquirida (SIDA) o complejo relacionado con el SIDA (ARC) condición, la pérdida significativa de peso, fatiga crónica, diarrea,sudoración nocturna o glándulas ampliada?

Yes No

3. ¿Son usted o alguno de sus dependientes (si la inscripción para la cobertura o no) actualmente embarazada o anticipandola cirugía, o cualquier persona de inscribirse para la cobertura deshabilitado, restringido o no puede realizar las actividades normales de la vida diaria y el auto cuidado?

Yes No

4. Durante los últimos 5 años, ¿alguien ha de inscribirse para la cobertura visitado un médico, tenía una consulta médica,sometido a una cirugía, o ha sido hospitalizado?

Yes No

5. Está usted o cualquier dependiente inscrito para la cobertura que actualmente toman medicamentos?

Yes No

6. Para cualquiera de inscribirse para la cobertura, ¿hay alguna condición médica existente o problema (incluyendo cualquie rsíntomas no diagnosticados) que de otro modo no ha sido revelada en esta solicitud? Si es"sí" como respuesta, los detalles a continuación.

Yes No

QUESTIONARIO INDIVIDUAL MÉDICO

COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN A FIRMA Y FECHA EN ÚLTIMA PAGINA



SECCIÓN 4 - DECLARACIÓN DEL EMPLEADO Y FIRMA

POR LA PRESENTE: Solicito inscripción en el Grupo de Plan de Salud autofinanciado (Plan), creado y mantenido por mi empleador (empleador) para sus empleados elegibles y sus dependientes elegibles; Declaro que soy un empleado elegible del empleador; Declaro que mis declaraciones y respuestas a las preguntas de este formulario de inscripción son verdaderas y completas a mi mejor saber y entender; y autorizar al empleador a deducir cualquier aportación plan requerido de mis ingresos.

ADEMÁS RECONOCE Y ENTIENDO QUE: Esto no es un plan de beneficios de los asegurados; Todos los beneficios del Plan son autofinanciados (auto-asegurado) por el empleador; El empleadores el único responsable de todos los pagos de beneficios; La cobertura no es efectiva hasta que el Plan aprueba esta solicitud de inscripción; Los beneficios del plan están disponibles sólo si una persona está cubierta bajo, y todas las contribuciones requeridas para dicha cobertura han sido recibidos por el Plan; Si he renunciado a la cobertura de un dependiente, también renuncio a todos los reclamos en el marco del Plan de beneficios para los que depende, y si decido inscribirme a esa persona en una fecha posterior, la fecha de vigencia de mi dependiente puede ser retrasado; Una descripción completa de los beneficios de gastos médicos bajo el Plan aparece en la Descripción Resumida del Plan, que resume el documento oficial del Plan; El agente de la presentación de esta inscripción carece de autoridad para cambiar el formulario de inscripción, aprobar la cobertura del Plan, alterar los términos del Plan, o ajustar las reclamaciones; Underwriting Expertos de gestión no es responsable de la financiación de los pagos de beneficios; Mis declaraciones y respuestas en este formulario de inscripción serán la base para la aprobación de la cobertura del Plan y de cualquier declaración falsa u omisión puede dar lugar a un aumento en las tasas de contribución del Plan o la terminación de mi cobertura; Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, presenta un formulario de inscripción, o presenta una reclamación, que contiene una declaración falsa o la omisión de información falsa, puede ser declarado culpable de fraude en un tribunal de justicia.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIALES: Si usted adquiere un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, él / ella puede ser capaz de inscribir sin demora o penalización, si solicita la inscripción dentro de 31 días (del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción); Si rechaza la inscripción en alguno de los dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otro plan de salud o cobertura de seguro de grupo, y que posteriormente se convierte en dependiente elegible para la otra cobertura (o el empleador deja de contribuir a que la cobertura), él / ella puede ser capaz de inscribir sin demora o penalización, si solicita la inscripción dentro de los 31 días de inhabilitación o la terminación de las contribuciones del empleador; Si rechaza la inscripción para cualquier dependiente (Incluyendo su cónyuge) a causa de la cobertura de Medicaid o un plan de salud de los niños del Estado, y que la cobertura del dependiente se termina posteriormente debido a la inhabilitación, él / ella puede ser capaz de inscribir sin demora o penalización, si solicita la inscripción dentro de los 60 días de la terminación de la cobertura; Si rechaza la inscripción para cualquier dependiente (incluyendo su cónyuge) y que depende posteriormente como elegible para un subsidio de asistencia para las primas de Medicaid o un plan de salud de los niños del Estado, él / ella puede ser capaz de inscribir sin demora o penalización, si solicita la inscripción dentro de 60 días de elegibilidad para el subsidio. Para solicitar contactos de inscripción especial el Empleador.

INFORMACIÓN PERSONAL AVISO: Como es requerido por la ley, este aviso se pretende informarle que 1) La información personal puede ser recogida a terceros; 2) Dicha información, así como otra información personal o privilegiada recopilada por el plan de salud o de su representante legal puede ser en algunos casos, según lo prescrito por la ley, divulgada a terceros sin su autorización previa; 3) Usted tiene el derecho a acceder y corregir la información recogida; 4) Su derecho de acceso no incluye ninguna información que se relaciona y se recaba en conexión con, o en previsión razonable de, una reclamación o procedimiento civil o penal; 5) Le proporcionaremos un aviso más detallado de las prácticas de información a petición.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autoriza divulgación de toda la información personal no pública y la información de salud protegida individualmente identificable para mí (y mi dependiente(s), en su caso), incluyendo pero no limitado a la situación de empleo, otra cobertura de plan de salud, el diagnóstico, pronóstico, tratamiento médico o atención, y las condiciones físicas o mentales (incluido el alcohol o dependencia de drogas), por cualquier médico, médico, hospital, otro centro médico relacionado, compañía de seguros, empleador o plan de beneficios que tiene dicha información, con el plan de salud o su representante legal, agente o vendedor, a los efectos de la inscripción de procesamiento y las reivindicaciones. Reconozco y acepto que esta autorización tendrá una validez de dos (2) años; que puedo revocar por escrito en cualquier momento; que puedo solicitar una copia de esta autorización; que la matrícula, pero no la tramitación de las reclamaciones, está condicionado en mi firma de esta autorización; que esta autorización se utilizará como su propio documento, separada del formulario de inscripción). que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original; que cualquier documentación o información divulgada conforme a esta autorización puede ser revelada re y que ya no pueden ser cubiertos por las leyes federales o estatales de privacidad; y que tengo autoridad para actuar como representante personal de mi dependiente(s) (si se solicita cobertura para dependientes).

Firma del Empleado _____

Fecha _____

Las copias electrónicas de esta tarjeta de inscripción enviado por fax, correo electrónico u otros medios electrónicos se considerarán un original.