

F		SÓLO PARA EL USO DE LOVELACE HEALTH PLAN	
Member # LH-			
Processed by	Date		

Empleador: Llene las Secciones A, C, E **Escriba claramente en letra de molde y llene todas las secciones de este formato.**
 Empleado: Llene las Secciones B, D, E Gracias por proporcionar esta información. *Formatos que sean ilegibles o
 Health Plan: Llene la Sección F *incompletos, o ambos, se devolverán y demorará su proceso**

A	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Cambios <input type="checkbox"/> Inscripción nueva <input type="checkbox"/> Reponer la cobertura del seguro médico <input type="checkbox"/> Otra razón _____	Posición _____	Fecha en que empezó su empleo _____	Nº de horas que trabajó _____	Fecha en que entró en vigor la cobertura del seguro médico _____	Nombre del empleador _____	Nº de la entidad colectiva del LHP/LINC _____	Nº del subgrupo _____	Clase _____		
TIPO DE CAMBIO <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Añadir dependiente(s) <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Adopción de menor(es) <input type="checkbox"/> Otro cambio Fecha del cambio _____			<input type="checkbox"/> Cancelación de cobertura del empleado <input type="checkbox"/> Término del empleo <input type="checkbox"/> Otro seguro <input type="checkbox"/> Otro _____ Fecha _____		<input type="checkbox"/> Cancelación de cobertura de dependiente(s) * Indique el nombre en la Sección B <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Otro _____ Fecha en que sucedió el acontecimiento _____		<input type="checkbox"/> Transferencia de cobertura al Plan COBRA * Indique el nombre en la Sección B <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 29 meses <input type="checkbox"/> 36 meses - or -		<input type="checkbox"/> Continuación del Estado por seis meses <input type="checkbox"/> Beneficios para la seguridad de las familias o para el cónyuge que sobrevive <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Otro _____		Idioma en que prefiere hablar <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro idioma _____

B	Nombre del empleado (APELLIDO) _____ (NOMBRE)	(Inicial) _____	Nº de Seguro Social _____	Fecha de nacimiento _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nº de teléfono durante el día () _____	
	Domicilio (CALLE) _____ (CIUDAD) _____ (ESTADO) _____ (CÓDIGO POSTAL) _____	Dirección de correo electrónico _____		Nº de teléfono por la noche () _____			
	Dirección de correo (CALLE) _____ (CIUDAD) _____ (ESTADO) _____ (CÓDIGO POSTAL) _____	Médico de Cabecera (MC) _____		¿Paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
DESEO LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO PARA MIS DEPENDIENTES (*) (Indique el apellido si no es el mismo que el suyo) Si usted está inscribiendo a más de 3 dependientes, utilice un formato adicional							
Apellido (si no es el mismo) _____ Nombre _____ Inicial _____ Parentesco _____			Nº de Seguro Social _____	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año _____	S E X O	Médico de Cabecera Indique tanto el Nombre como el Apellido del médico. Indique el número del médico que se encuentra en el directorio de proveedores de servicios médicos del Lovelace (si usted lo tiene). Si usted no selecciona un MC el plan lo asignará.	¿MC actual-mente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge / Pareja doméstica			<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica Fecha del matrimonio ___/___/___ Ciudad y estado donde se casaron _____		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente*			<input type="checkbox"/> Parentesco: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro parentesco _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a) natural <input type="checkbox"/> Adoptado(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> El(La) empleado(a) es el tutor legal del (la) menor <input type="checkbox"/> Se exige la cobertura del seguro por orden judicial <input type="checkbox"/> Padece un impedimento físico o mental (*)		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente*			<input type="checkbox"/> Parentesco: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro parentesco _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a) natural <input type="checkbox"/> Adoptado(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> El(La) empleado(a) es el tutor legal del (la) menor <input type="checkbox"/> Se exige la cobertura del seguro por orden judicial <input type="checkbox"/> Padece un impedimento físico o mental (*)		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente*			<input type="checkbox"/> Parentesco: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro parentesco _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a) natural <input type="checkbox"/> Adoptado(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> El(La) empleado(a) es el tutor legal del (la) menor <input type="checkbox"/> Se exige la cobertura del seguro por orden judicial <input type="checkbox"/> Padece un impedimento físico o mental (*)		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

(* Si padece un impedimento físico o mental o si es mayor de la edad límite del plan, se deben adjuntar los expedientes médicos para investigar su elegibilidad.

C	Planes que ofrece el Lovelace Health System Inc. <input type="checkbox"/> Platinum Coverage [cobertura platino] <input type="checkbox"/> Premier Coverage [cobertura primera] <input type="checkbox"/> Primary Coverage [cobertura primaria]	<input type="checkbox"/> Select Coverage [cobertura selecta] <input type="checkbox"/> Point of Service [punto de servicio] <input type="checkbox"/> Conversión a un plan individual	Planes que ofrece el Lovelace Insurance Company <input type="checkbox"/> Select Preferred Provider Organization Coverage [cobertura selecta de la Organización de Proveedores Preferidos] <input type="checkbox"/> Classic PPO [Plan Clásico de la Organización de Proveedores Preferidos] <input type="checkbox"/> Classic Plus PPO [Plan Clásico de la Organización de Proveedores Preferidos con beneficios adicionales] (proporcione una copia del certificado de cobertura de su seguro anterior, si es pertinente)	Opción de anexo de seguro para medicinas con receta
----------	--	---	---	---

D Otra cobertura de seguro médico: ¿Están asegurados usted o sus dependientes bajo algún otro plan de seguro médico ya sea un plan para entidades colectivas, un HMO o el programa Medicare? Sí No

Si respondió afirmativamente, proporciónenos la siguiente información:

Nombre de la persona que cubre el otro plan _____	Fecha de nacimiento _____	Nombre del empleado _____	Nombre del empleador _____	Nº de identificación como miembro del plan _____	Nombre y dirección de la compañía de seguro médico _____	Programa Medicare Parte A B D
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cobertura del Programa Medicare para las personas que padecen de enfermedad renal en su última fase <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cobertura del Programa Medicare para las personas que padecen de enfermedad renal en su última fase						

E He leído la información que describe el plan del seguro médico y por la presente solicito participar en dicho plan. Autorizo a mi empleador para que descuenta de mis ingresos la contribución de la prima que corresponde a los empleados, si se debe pagar alguna, bajo el Convenio (contrato). Además, autorizo al proveedor que presta servicios clínicos, ya sea para mí o para mis dependientes, a fin de que divulgue a la compañía de seguro médico cualquier información que se refiera a mí o a mis dependientes y que aparezca en los expedientes del proveedor de servicios clínicos. Comprendo que se puede terminar automáticamente mi participación como miembro del plan si proporciono alguna información falsa ya sea sobre mí o sobre mis dependientes en esta solicitud. Acepto que todas las cantidades que deben pagar los otros planes de seguros médicos (incluso el Programa Medicare, el Medicaid, el Champus y del Programa de Compensación a los Trabajadores) se paguen directamente a la compañía de seguro médico y que el mismo lo retenga. Acepto preparar y entregar a la compañía de seguro médico todas las autorizaciones, permisos de divulgación, asignaciones y otros documentos, tanto míos como de mis dependientes, que solicite la compañía de seguro médico a fin de recibir dichos pagos.

FIRMA: La información que se proporciona más arriba es cabal y correcta según mi entender. Acepto, tanto de parte mía, como de mis dependientes que cubra el plan, las estipulaciones que se indican en este formato.

Firma del subscriptor _____	Fecha _____	Firma del empleador para fines de verificación _____	Fecha _____
-----------------------------	-------------	--	-------------

NOTA AL PIE DE LA PAGINA

- 1 Este plan impone una exclusión por afecciones médicas preexistentes. Esta exclusión corresponde sólo a afecciones médicas para las cuales se ha recibido asesoramiento médico, un diagnóstico, o una atención médica; o si se ha recomendado, o recibido un tratamiento durante un plazo de seis meses. Si usted contaba anteriormente con otro seguro médico o con la cobertura de algún seguro que sea digno de crédito, adjunte a esta solicitud su certificado de cobertura de seguro con crédito de HIPAA.

ESTIPULACIONES

Autorizo que mi empleador descuenta de mis ingresos la contribución de la prima que corresponda a los empleados, si se debe pagar alguna, para pagar el costo de la cobertura del seguro médico. Esta autorización corresponde sólo si se requiere que los empleados aporten alguna contribución para pagar por el plan.

LO CORRESPONDIENTE A LOS BENEFICIOS

- Autorizo que se paguen por todos servicios clínicos que se deban pagar según la póliza de este seguro a cualquier proveedor certificado de servicios clínicos que trate a mí o a mis dependientes cubiertos por el plan.
- *Lovelace Health System, Inc.* o *Lovelace Insurance Company* ofrecen la cobertura de este seguro médico bajo un acuerdo con mi empleador.
- Comprendo que la lista de los proveedores de servicios clínicos que forman parte del plan no abarca todos los tipos de médicos o toda clase de proveedores de servicios clínicos.
- Autorizo que cualquier proveedor de servicios clínicos, compañía de seguro médico, empleador u organización divulgue la información que sea necesaria, tanto mía como de mis dependientes, sobre nuestros antecedentes clínicos, tratamientos o servicios clínicos que cubre el plan y que sean referentes a cuestiones médicas, dentales, de salud mental o de abuso de sustancias adictivas al Administrador del plan, a su agente autorizado, a la entidad de la compañía de seguro médico que administre este plan, o a mi médico de cabecera a fin de determinar los servicios clínicos que cubre este plan, o para fines de evaluación de la calidad. Esta autorización para divulgar los antecedentes, tratamientos, o los servicios clínicos que cubre el plan con respecto al abuso de sustancias adictivas, se puede revocar en cualquier momento; sin embargo, no afectará la divulgación de dicha información que ya se haya hecho al Administrador del plan, a su agente autorizado, a la entidad de la compañía de seguro médico que administre este plan o a mi médico de cabecera.
- Autorizo que se hagan todos los pagos por los servicios clínicos que cubre el plan, según esta póliza de seguro, al proveedor de servicios clínicos que forme parte del plan y que trate a mí o a mis dependientes que sean cubiertos por el plan.
- Autorizo que se hagan los pagos del Programa Medicare a la compañía de seguro médico, a fin de pagar por los servicios médicos o de cualquier otro tipo que se me presten y por los cuales deba pagar o haya pagado ya, si esto es aplicable.
- Acepto, tanto en mi nombre como en nombre, de mis dependientes, que si la responsabilidad principal de pagar por los servicios clínicos que nos presten le corresponde a otra parte, es decir, otra cobertura de seguro médico para entidades colectivas, o se deba pagar a causa de la acción u omisión de otra persona que debería haber avisado cabalmente a la compañía de seguro médico y ejecutaré dichas asignaciones, gravámenes u otros documentos que podrían ser necesarios para permitir que el plan de seguro médico recupere el valor de los servicios que se hubieran prestado. Además, acepto que en caso de que yo o uno de mis dependientes, reciba beneficios o indemnización de otra parte que tenga la responsabilidad principal de pagar por los servicios que se prestaron bajo el plan de seguro médico, yo mismo reembolsaré inmediatamente al plan de seguro médico por los servicios que se me hayan prestado, conforme a lo que permiten las leyes estatales.
- Todas las declaraciones, aucentes de fraude, que haga el suscriptor o miembro del plan se considerarán aseveraciones en vez de garantías, y ninguna declaración anulará el seguro ni disminuirá los beneficios que ofrece el mismo, a menos que se encuentren en una solicitud escrita por dicho seguro.

INSCRIPCIÓN TARDIA

- No se aceptarán las solicitudes de inscripción que se reciban después de la fecha indicada.

AUTORIZACIÓN PARA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Entiendo que es necesario que las partes que administren el plan cuya inscripción estoy solicitando, consigan "Información Confidencial" o proporcionen la misma a otras partes interesadas, conforme a lo que se define a continuación. Por lo tanto:

- Autorizo que cualquier persona o entidad que tenga dicha información confidencial la divulgue a solicitud de la compañía de seguro médico, o de cualquier proveedor de servicios clínicos que formen parte del plan, o de cualquier otro proveedor o entidad que preste un servicio, a fin de determinar la elegibilidad de una persona bajo el plan, de administrar el plan, de desempeñar cualquier programa u operación, o de evaluar la calidad o accesibilidad de los suministros y servicios clínicos.
- Autorizo que la compañía de seguro médico divulgue cualquier información confidencial a cualquier persona, compañía o entidad cuando determine que dicha divulgación es necesaria o apropiada para fines de administrar el plan, de desempeñar cualquier programa u operación de la compañía de seguro médico, de evaluar la calidad o la accesibilidad de los suministros y servicios clínicos o de informar a los terceros que estén involucrados en la administración del plan.
- Expedo esta autorización en mi nombre y como agente o representante de mis dependientes que cubra el plan O como representante de mi cónyuge, pareja doméstica (si corresponde) y de cualquier dependiente. Comprendo que permanecerá en vigor hasta que yo envíe un aviso escrito a la compañía de seguro médico que revoque dicha autorización, o que reduzca el plazo de tiempo que permanezca en vigor, conforme a los requisitos legales. Hasta que se revoque, tanto la compañía de seguro médico, como las otras partes, pueden fiarse de esta autorización. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta a fin de que se pague una pérdida o un beneficio que ofrece el plan o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de cometer un delito y puede estar sujeta a multas civiles y a sanciones penales.
- "Información Confidencial" se refiere, con respecto a mí o a mis dependientes cubiertos por el plan, a cualquier información médica, dental, de salud mental, de abuso de sustancias adictivas, enfermedades infecciosas, SIDA y VIH, o información asociada con cuestiones de empleo o con incapacidades.
- La "compañía de seguro médico" se refiere a *Lovelace Health System, Inc.* y a *Lovelace Insurance Company*.