

Completando la Solicitud para Seguro Médico de Grupo

Use esta solicitud para los empleados que están escogiendo cobertura por primera vez porque fueron contratados recientemente o porque ocurrió otro suceso que les da derecho al seguro médico.

Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW) requiere la entrega de esta solicitud no más de 30 días después de que la persona sea elegible para la cobertura de GHC-SCW. Si la solicitud no se entrega a GHC-SCW dentro de este plazo, usted podría ser considerado como un participante tardío y podría estar sujeto a un periodo de carencia de 12 meses, o podría tener que esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta (si corresponde).

Esta solicitud es un documento legal, así que es importante que lo llene por completo y correctamente. Una solicitud incompleta retrasará el proceso de solicitud y su acceso a citas y servicios. Las siguientes instrucciones le ayudarán a completar el formulario.

Primera Sección – El empleador llenará esta sección

Section 1 – Employer Use Only

This section should be completed by the employer. Complete all blank spaces in this section.

- No application will be processed without a date of hire
- Use the 4 digit plan number in the Medical Plan Number box to identify the benefit plan the member is electing
 - If dental benefits are available and the member is electing dental coverage include the 3 digit dental plan number in the Dental Plan Number box
 - Only fill in the plan numbers for the benefits the member is electing
- If the qualifying event is loss of other coverage please include one of the following:
 - a Certificate of Creditable Coverage
 - a copy of the front and back of the member's ID card from their previous carrier
 - list the previous carrier name, phone number and policy number

The rest of the application should be filled out by the member electing the coverage

El miembro que está escogiendo la cobertura deber llenar el resto de la solicitud

Segunda Sección – Información sobre el empleado

Llene todos los espacios en blanco en esta sección con la información del empleado/suscriptor.

Tercera Sección – Información sobre dependientes cubiertos

Llene todos los espacios en blanco en esta sección para los dependientes que serán cubiertas por esta póliza.

- Si hay dependientes adicionales, saque una copia de esta sección de la solicitud y sujétela al formulario.

Cuarta Sección – Otra cobertura

Llene esta sección para las personas enumeradas en la solicitud que serán cubiertos por otro seguro de salud o para las personas inscritas en Group Health Cooperative of South Central Wisconsin que tienen derecho a Medicare.

Quinta Sección – Transición de la atención médica

Escriba la información que corresponda para todos los miembros enumerados en la póliza con el fin de facilitar la transición de su atención médica.

Sexta Sección – Información opcional

Llene esta sección para el suscriptor de la póliza.

Séptima Sección - Firma

Lea los términos y condiciones. Firme y feche la solicitud.

Octava Sección – Renuncia

Llene esta sección solamente si el empleado está renunciando cobertura para sí mismo o para otros dependientes que tienen derecho a la cobertura.

SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO DE GRUPO

ADMINISTRATIVE USE ONLY	
Group Number	Effective Date

PRIMERA SECCIÓN—EL EMPLEADOR LLENARÁ ESTA SECCIÓN

Employer/Group Name			Employer/Group Number	Effective Date of Coverage	
Qualifying Event: <input type="checkbox"/> New Employer Group <input type="checkbox"/> New Hire <input type="checkbox"/> Annual Dual Choice <input type="checkbox"/> Other (please include date of event): _____					
<input type="checkbox"/> Loss of other coverage, list previous Carrier Name/Phone Number/Policy Number: _____					
Part-Time Date of Hire	Full-Time Date of Hire	Hrs./Wk	<input type="checkbox"/> Management <input type="checkbox"/> Non-Management <input type="checkbox"/> Salary <input type="checkbox"/> Hourly <input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Non-Union	Medical Plan Number	Dental Plan Number
			<input type="checkbox"/> GHC Select <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> PPO		
Group Leader Name		Date	Phone	Email	

SEGUNDA SECCIÓN – INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Apellidos <i>(tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social)</i>	Nombre <i>(tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social)</i>	Inicial del 2° Nombre	Fecha de Nacimiento <i>(mes/día/año)</i>	Número de Seguro Social <i>(necesario)</i>		
Dirección Postal			Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Teléfono de Casa _____	Estado Civil		Sexo	Dirección de correo electrónico <i>(el dar su dirección de correo electrónico le autoriza a GHC-SCW a usarla de forma segura)</i>		
Teléfono de Trabajo _____	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Nombre Anterior		
Teléfono Celular _____	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Pareja doméstica				
Uso de Tabaco* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Elección de Proveedor de Atención Médica Primaria (PCP, por sus siglas en inglés)/ Clínica**:					

TERCERA SECCIÓN – INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES CUBIERTOS

Apellidos <i>(tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social)</i>	Nombre <i>(tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social)</i>	Inicial del 2° Nombre	Nombre Anterior	Parentesco <input type="checkbox"/> Espos/a o Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	Dirección postal si es diferente de la dirección del suscriptor
Fecha de Nacimiento <i>(mes/día/año)</i>	Número de Seguro Social <i>(necesario)</i>	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Elección de PCP/Clinica**	Correo Electrónico	Uso de Tabaco* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellidos <i>(tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social)</i>	Nombre <i>(tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social)</i>	Inicial del 2° Nombre	Nombre Anterior	Parentesco <input type="checkbox"/> Espos/a o Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	Dirección postal si es diferente de la dirección del suscriptor
Fecha de Nacimiento <i>(mes/día/año)</i>	Número de Seguro Social <i>(necesario)</i>	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Elección de PCP/Clinica**	Correo Electrónico	Uso de Tabaco* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

* El uso de tabaco se define como el uso de un producto de tabaco o productos de tabaco cuatro veces o más por semana en los últimos seis meses por personas que pueden usar tabaco legalmente (18 años de edad o más); esta definición incluye todos los productos de tabaco.

**Solamente para los miembros tipo HMO o POS; si usted no escoge a un PCP para usted y/o para sus dependientes, GHC-SCW le(s) asignará un PCP a usted y/o a sus dependientes.

TERCERA SECCIÓN – INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES CUBIERTOS (CONT.)

Apellidos <small>(tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social)</small>	Nombre <small>(tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social)</small>	Inicial del 2° Nombre	Nombre Anterior	Parentesco <input type="checkbox"/> Espos/a o Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	Dirección postal si es diferente de la dirección del suscriptor
Fecha de Nacimiento <small>(mes/día/año)</small>	Número de Seguro Social <small>(necesario)</small>	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Elección de PCP/Clinica** Correo Electrónico		Uso de Tabaco* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellidos <small>(tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social)</small>	Nombre <small>(tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social)</small>	Inicial del 2° Nombre	Nombre Anterior	Parentesco <input type="checkbox"/> Espos/a o Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	Dirección postal si es diferente de la dirección del suscriptor
Fecha de Nacimiento <small>(mes/día/año)</small>	Número de Seguro Social <small>(necesario)</small>	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Elección de PCP/Clinica** Correo Electrónico		Uso de Tabaco* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CUARTA SECCIÓN—OTRA COBERTURA

¿En el momento de inscribirse en el seguro de Group Health Cooperative of South Central Wisconsin, hay alguien cuyo nombre aparece en esta solicitud que será cubierto por otro seguro médico? (por favor, no anote el seguro médico que será reemplazado por el de GHC-SCW)
 Sí, llene la siguiente sección No, Salte esta sección y vaya a la quinta sección

Nombre del Seguro Médico		Teléfono del Seguro Médico	
Dirección del Seguro Médico	Nombre del Asegurado		Fecha de Nacimiento del Asegurado
Fecha de Entrada en Vigor de la Póliza	Número de Grupo y Número de Identificación del Paciente		Nombre del Empleador
¿Hay alguien cuyo nombre aparece en esta solicitud que cumple todos los requisitos para la cobertura de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre de la persona que cumple todos los requisitos para la cobertura de Medicare	
Razón <input type="checkbox"/> ESRD <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Más de 65 años	Parte A (Hosp.) Fecha de Entrada en Vigor	Parte B (Médica) Fecha de Entrada en Vigor	Parte D (Medicamentos) Fecha de Entrada en Vigor
Número de Medicare			

QUINTA SECCIÓN—TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Para hacer correctamente la transición al nuevo seguro médico, se le pide dar la siguiente información para cada persona que está solicitando cobertura.

¿Alguien que está solicitando cobertura recibe atención médica de uno de los siguientes especialistas?
 Cardiólogo Endocrinólogo Nefrólogo Neurólogo Oncólogo Reumatólogo

Nombre del Individuo	Especialidad Médica	Nombre, Ciudad y Estado del Especialista
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Hay alguien que necesite que le renueven recetas médicas? Sí. Favor de llenar la sección más abajo No

Nombre del Individuo	Nombre del Medicamento
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

SEXTA SECCIÓN—INFORMACIÓN OPCIONAL

¿Cuál es su idioma de preferencia? _____ ¿Es usted hispano/latino? Sí No Declino contestar

Por favor, escoja la categoría que mejor describe su raza—marque todas las casillas que correspondan

Nativo de América del Norte/Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái o del Pacífico Insular Blanco Declino contestar

SÉPTIMA SECCIÓN—FIRMA

Mi firma en este formulario indica que estoy de acuerdo con los siguientes Términos y Condiciones: (1) La información que he proveído es correcta y verdadera según mi leal saber y entender; (2) Tengo la debida autoridad legal para proveer esta información y entiendo que podría ser necesario que yo entregue prueba de dicha autoridad. Mi firma representa la firma de cada dependiente, de acuerdo al permiso que él/ella y/o la debida autoridad ha permitido previamente; (3) Se me ha dado una explicación completa de los beneficios de mi plan; (4) La información se usará y se divulgará de acuerdo a las leyes y las reglas estatales y federales para el único propósito de tratamiento, pago u operaciones de atención médica y el cumplimiento con otros documentos legales aplicables. Puede ser que tales leyes y reglas estén relacionadas con el derecho individual a la privacidad de un dependiente, y puede ser que dicho derecho a la privacidad reemplace los derechos entregados a mi como el suscriptor, incluyendo la consideración dada a los parientes lejanos (por ej. hijastros o hijos no biológicos) o menores de edad que tienen 12-17 años; (5) En mi nombre y en nombre de mi suscriptor, por la presente consiento a la prestación de atención médica y tratamiento por GHC-SCW y sus empleados.

FIRMA	FECHA
-------	-------

OCTAVA SECCIÓN—RENUNCIA

Entiendo que tengo derecho al seguro médico de grupo a través de mi empleador. NO quiero y por la presente renuncio seguro médico de grupo para:

Renuncio el seguro médico para mí Renuncio el seguro médico para mi esposo/a pareja doméstica Renuncio el seguro médico para mis hijos dependientes

Renuncio el seguro médico para mí, mi esposo/a o pareja doméstica y para mis hijos dependientes

Motivo de la renuncia: Yo (y/o mis dependientes) seré/serán inscrito(s) en un plan de seguro médico similar a través de mi empleador Otro

Yo (y/o mis dependientes) seré/serán cubierto(s) por otro plan de seguro médico cuyos beneficios son similares a los beneficios de este plan

Debido al nivel de mis ingresos, yo tendría que pagar más del 10% de mis ingresos brutos anualizados, por el seguro médico

Certifico que se me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura de GHC-SCW. Declino inscribir en el seguro médico en mi nombre y en nombre de mis dependientes. Entiendo que debido a esta renuncia, mis dependientes y yo estaremos sujetos a lo siguiente:

1. Si estoy declinando la cobertura porque tengo otra cobertura, es posible que yo pueda inscribir a mi y/o a mis dependientes cuando la otra cobertura termine, con tal de que yo lo haga no más de 30 días después de que termine mi otra cobertura.
2. Si llego a tener un nuevo dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción o puesto en adopción, es posible que yo pueda inscribir a mi y/o a mis dependientes, con tal de que yo lo haga no más de 30 días después del suceso.
3. Si no se aplica ninguno de los casos arriba mencionados, seré clasificado como una persona que se inscribe tarde, y estaré sujeto a una fecha de entrada en vigor postergada. Para empleadores grandes, una persona que se inscribe tarde tendrá que esperar 12 meses para su fecha de entrada en vigor. Para empleadores pequeños, una persona que se inscribe tarde debe esperar hasta la próxima vez que el empleador tiene un período de inscripción abierta. Durante este plazo, no se cobrarán las primas y yo (y/o mis dependientes) no recibirán beneficios.

FIRMA	FECHA
-------	-------