

Solicitud de inscripción para grupos grandes de empleadores

Avisos importantes sobre su solicitud de inscripción

A fin de administrar correctamente su plan de beneficios de salud, se necesita cierta cantidad de información.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- En cuanto a la cobertura médica, si usted o cualquiera de sus dependientes elegibles no se inscriben en los planes de salud de Avera Health Plans en la primera ocasión disponible y desean inscribirse posteriormente, deberán esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta, salvo que se aplique alguna excepción especial de inscripción.
- Si el suscriptor estuviera obligado por un tribunal o por una orden administrativa a brindar cobertura de salud a un dependiente, deberá presentarse ante el plan una copia de la orden judicial o administrativa.
- Toda información incompleta o faltante retrasará el procesamiento de la solicitud de inscripción.
- Avera Health Plans deberá recibir la solicitud completa para que esta solicitud sea considerada válida.
- Si comete un fraude o tergiversa intencionalmente sus respuestas en esta solicitud, Avera Health Plans tiene derecho a rescindir su póliza.
- Avera Health Plans se reserva el derecho de cambiar las tarifas de las primas con la renovación.
- Su firma en el formulario de inscripción adjunto verifica que usted ha leído y comprendido las afirmaciones adjuntas y reconoce que toda la información brindada en el formulario está completa y es fidedigna.



Solicitud de inscripción Para Grupos de empleadores grandes

5300 S. Broadband Ln.
Sioux Falls, SD 57108-2221
Teléfono: 605-322-4545
Fax: 605-322-4689
Línea gratuita: : 1-888-322-2115
ahpenrollment@avera.org

Debe ser completado por el empleador:

Nombre del empleador: _____
Número de grupo: _____
Ubicación del empleador: _____
Fecha de entrada en vigencia solicitada: _____
 Nueva contratación: _____
 Inscripción especial: Motivo: _____
 Inscripción abierta: _____
 Adición de nuevos dependientes
 COBRA: Motivo: _____
Fecha de comienzo de COBRA: _____

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

N.º de seguro social (no impreso en tarjetas de ID) _____ Nombre del suscriptor (apellido) _____ (1er nombre) _____ (Inic. 2do nombre) _____

Domicilio o dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Nº de teléfono particular _____ Nº de teléfono del trabajo _____ Correo electrónico _____ Médico de atención primaria _____

Masculino Femenino _____ PIES _____ PULG. _____ Libras _____ Soltero Casado Separado Divorciado
Fecha de nacimiento _____ Estatura _____ Peso _____

Por hora o Salario _____ Fecha de contratación _____ Horas promedio de trabajo a la semana: _____

SELECCIÓN DEL PLAN Disponibilidad basada en la selección de su empleador. (Marque la casilla)

Individual Familiar Empleado/Hijo(s) Empleado/Cónyuge Empleado + uno Selección de plan de beneficios (para opciones múltiples) _____

INFORMACIÓN FAMILIAR Complete sólo en caso de dependientes cubiertos. (Si necesita más espacio, adjunte otra hoja, fírmela y féchela).

Apellido legal, primer nombre e inicial del segundo nombre	Sexo (M/F)	Relación*	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	N.º de Seguro Social	Estatura	Peso	Ciudad y estado, si la dirección difiere con la del empleado
02 Cónyuge		Cónyuge			__PIES__PULG.	__LIBRAS	
03 Hijo					__PIES__PULG.	__LIBRAS	
04 Hijo					__PIES__PULG.	__LIBRAS	
05 Hijo					__PIES__PULG.	__LIBRAS	
06 Hijo					__PIES__PULG.	__LIBRAS	

*Los dependientes elegibles se definen sólo como cónyuge e hijos naturales dependientes, hijastros, hijos adoptados o menores en custodia legal que estén dentro de los límites de edad.
NOTA: si sus hijos adultos tienen entre 19 y 26 años y tienen acceso a Cobertura de salud patrocinada por el empleador, infórmelo a su empleador.

SECCIÓN DE RENUNCIA AL SEGURO

Si está rechazando la inscripción para sí mismo o para sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud colectiva, en el futuro podrá inscribirse usted o a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de un plazo de 30 días después de finalizada su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o colocación para adopción, podrá inscribir a su o sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Me han informado que hay un plan de beneficios de salud patrocinado por el empleador, a través de mi empleador, disponible para mí y mis dependientes. En mi nombre y el de mis dependientes, elijo voluntariamente no inscribirme en el plan de beneficios de salud patrocinado por mi empleador.

No solicito cobertura porque:

- Estoy cubierto por otro plan de beneficios grupal del empleador (especifique) _____
- Mis dependientes están cubiertos por otro plan de beneficios grupal del empleador (especifique) _____
- Estoy cubierto por otro plan de beneficios individual (especifique) _____
- Otro motivo (explique) _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A AVERA HEALTH PLANS

Al firmar esta solicitud, autorizo a toda agencia de informes de consumidores, oficinas de información médica, compañías de seguros u otras personas que tengan información mía o de mis dependientes a revelar a Avera Health Plans o a quienes ésta designe todos y cada uno de los registros e información pertenecientes a la historia clínica, preguntas sobre antecedentes de salud, declaración de salud o servicios de salud prestados a mí o a mis dependientes, incluyendo información sobre abuso de drogas y alcohol, o toda información acerca de la responsabilidad de pago a Avera Health Plans a todos los efectos administrativos.

Autorizo además a Avera Health Plans, sus empleados y sus agentes, a revelar registros e información, según lo permita la ley, a personas autorizadas, incluyendo a otros aseguradores o reaseguradores, vendedores de seguros de trabajo o planes de cafetería. Avera Health Plans podrá ser compensado por otros aseguradores o proveedores. Una copia de esta autorización tendrá el mismo efecto que el original. Salvo que se disponga otra cosa o que lo revoque por escrito, esta autorización vence cuando termina la inscripción en Avera Health Plans. Esta información se usará para determinar la elegibilidad para beneficios, la responsabilidad de pago y la revisión del uso. Acepto regirme por los documentos que describen mi cobertura (incluyendo entre otras cosas el Certificado de cobertura, el Manual para miembros y Resumen de beneficios, la Evidencia de cobertura y el Documento resumido del plan) y pagar todas las primas, copagos, coseguros y deducibles que correspondan. Entiendo que mi inscripción o mi elegibilidad para los beneficios en Avera Health Plans está condicionada a la firma, por mi parte, de esta autorización, y que de no firmar posiblemente se me nieguen la inscripción o los beneficios.

Firma del que suscribe: _____ Fecha: _____

Firma del representante del empleador (obligatoria): _____ Fecha: _____

OTRA INFORMACIÓN DEL SEGURO

Si cuenta con otro seguro médico, coordinaremos sus beneficios con su otra aseguradora. ¿Usted, su cónyuge o alguno de sus hijos dependientes han tenido cobertura de algún otro seguro grupal, médico, hospitalario o quirúrgico, incluyendo Medicare, Medicaid o Medicare por discapacidad? Sí NO

Aseguradora: _____ Teléfono: _____ Número de póliza: _____

Si marcó SÍ, adjunte un Certificado de cobertura confiable para usted y para cada dependiente cubierto por la aseguradora anterior.

Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha de cancelación: _____

¿Esta cobertura terminará antes de la fecha de entrada en vigencia de Avera Health Plans? Sí NO

Tipo de cobertura con aseguradora anterior: Individual Familia Empleado/Hijo(s) Empleado/Cónyuge

PREGUNTAS SOBRE ANTECEDENTES DE SALUD

Para servirlo mejor, por favor complete lo siguiente. En los últimos cinco años, ¿alguna de las personas incluidas en la solicitud de seguro de salud tuvo, recibió tratamiento o fue diagnosticada por un médico o un profesional médico con algo de lo siguiente?

- Sí NO Trastornos pulmonares (p. ej.: enfermedad pulmonar crónica, fibrosis quística, alergias, asma, etc.)
- Sí NO Trastornos óseos, articulares o musculares (p. ej.: artritis, fracturas, reemplazo de articulaciones, osteoporosis, dolor de espaldas crónico, etc.)
- Sí NO Cáncer
- Sí NO Enfermedades estomacales/intestinales (Por ej.: Enfermedad de Crohn, pancreatitis, acidez estomacal, úlceras, colitis)
- Sí NO Enfermedades o trastornos congénitos
- Sí NO Enfermedades endocrinas (por ej.: tiroides, diabetes)
- Sí NO Abuso de drogas o alcohol
- Sí NO Trastornos o enfermedades cardíacas (p. ej.: presión arterial alta, infarto, dolor de pecho, accidente cerebrovascular, cardiopatía, insuficiencia cardíaca congestiva, etc.)
- Sí NO Trastornos hematológicos (p. ej.: VIH/SIDA, hepatitis, hemofilia, etc.)
- Sí NO Problemas de salud mental
- Sí NO ¿Está embarazada en este momento? De ser así, ¿de cuántas semanas de gestación? _____ semanas
- Sí NO ¿Tiene un embarazo de alto riesgo? Sí NO
- Sí NO ¿Tiene un embarazo múltiple? Sí NO
- Sí NO ¿Tiene o ha tenido un trabajo de parto antes de término? Sí NO
- Sí NO ¿Tiene un caso de accidente automovilístico o de Compensación al trabajador pendiente?
- Sí NO ¿Hay otras afecciones, trastornos o enfermedades para los que se haya recomendado más pruebas de diagnóstico, consultas, observación, tratamiento, cirugías u hospitalización?

DECLARACIÓN DE SALUD (Si marcó SÍ en cualquiera de las preguntas sobre salud de este formulario, complete esta sección).

Nombre de la persona	Nombre de la afección	Fechas y duración del tratamiento	Tipo de tratamiento	Indique el grado de recuperación Parcial – Medio – $\frac{3}{4}$ – Total
				<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%
				<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%
				<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%
				<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%
				<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%

Haga una lista de todos los medicamentos: _____

La información proporcionada será revisada por la Gerencia médica de Avera Health Plans.

Estoy enviando información médica adicional a:
Avera Health Plans Medical Management, 5300 S. Broadband Ln., Sioux Falls, SD 57108-2221.

Si comete un fraude o tergiversa intencionalmente sus respuestas en esta solicitud, Avera Health Plans tiene derecho a rescindir su póliza.

➤ Sus iniciales a continuación verifican que ha leído y entendido las declaraciones adjuntas y reconoce que toda la información de este formulario está completa y es verdadera.

Iniciales: _____ Fecha: _____

SÓLO PARA USO INTERNO	
Iniciales del que suscribe	Puntaje



5300 S Broadband Ln
Sioux Falls, SD 57108-2221
Teléfono: 605-322-4545
Fax: 605-322-4689
Línea gratuita: 1-888-322-2115
ahpenrollment@avera.org