

# QUESTIONARIO INDIVIDUAL MÉDICO

## SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO				ESTADO CIVIL		USO ADM.		
DIRECCIÓN RESIDENCIAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL				
NUMERO TELEFONICO (incluya código de área)		MEJOR MOMENTO PARA COMUNICARSE (si administrador necesitara información adicional)				NUM. EMPLEADO		
FECHA DE COMIENZO DE TRABAJO A TIEMPO COMPLETO (mm/dd/yy)	FECHA DE NACIMIENTO(mm/dd/yy)	ALTURA	PESO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		CLASE		
EMPLEADO POR		NUMERO DEL EMPLEADOR(incluya código de área)		Núm. Promedio. DE HORAS TRABAJADAS		FECHA EFFECTIVA		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		OCC <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
OCUPACIÓN Y DEBERES						UWF48 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FECHA _____		
<input type="checkbox"/> SOY DUEÑO, COMPAÑERO O DIRECTIVO DE LA EMPRESA			<input type="checkbox"/> NO SOY DUEÑO, COMPAÑERO O DIRECTIVO DE LA EMPRESA			UWF40 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
ESTOY INSCRIBIENDO POR: <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE			<input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE & ESPOSO/A			HEALTH <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE & HIJOS (cant.)			<input type="checkbox"/> 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.*

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE <small>Completar para cada persona inscribiéndose (use página adicional si necesario)</small>							USO ADM.				
NOMBRES DE PARTICIPANTES	RELACIÓN	SEXO	ALTURA	PESO	FECHA DE NACIMIENTO	SSN	MUW	MHX	LAT	D&R	PXT
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											

# QUESTIONARIO INDIVIDUAL MÉDICO



Underwriting Management Experts

## 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:  Empleador Patrocinado Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Política/Núm. .Cert. \_\_\_\_\_

Individual Política/Num. Cert. \_\_\_\_\_

Cobertura era para  Uso independiente  Esposo/a  Hijos

## 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
Cerebro o Sistema Nervioso		
Endocrino o Trastorno Suprarrenal		
Páncreas, hígado o riñón		
Presión Arterial		
Corazón o Sistema Circulatorio		
Dolor en el pecho o Accidente cerebro vascular		
Desorden Sanguíneo		
Buques o Glándulas Linfáticas		
Cirrosis o Hepatitis		
Leucemia o Hodgkin's Disease		
Cáncer (excluyendo carcinoma baso celular)		

	SI	NO
Diabetes o Azúcar en Orina		
Trastorno Digestivo o Gastrointestinal		
Organismos de mama o reproductivos		
Desorden Autoinmune		
Desorden de espalda o espina dorsal		
Artritis reumatoide		
Enfisema, tuberculosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica		
La esclerosis múltiple o la fibrosis quística		
Enfermedad en la piel o colágeno		
Enfermedad en los músculos		

2. Dentro de los últimos 5 años, ¿alguien ha de inscribirse para la cobertura sido diagnosticado como siendo o han sido tratados 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?.....  SI  NO

3. ¿Son usted o alguno de sus dependientes (si la inscripción para la cobertura o no) actualmente embarazada o anticipando la 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?.....  SI  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?.....  SI  NO

5. ¿Está usted o cualquier dependiente inscrito para la cobertura que actualmente toman medicamentos?.....  SI  NO



## 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 la 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.*