

**8 OTRO SEGURO DE SALUD**

1. ¿Alguna de las personas nombradas en la Sección 4 de la página anterior es elegible para Medicare?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

2. ¿Es o ha sido usted o alguno de los miembros elegibles de su familia cubierto por otra cobertura médica en los últimos seis meses?

Sí  No Si la respuesta es sí, complete la siguiente sección. Por favor, enumere todas las coberturas médicas previas o actuales. **El no brindar**

**la información completa puede resultar en un retraso importante en el procesamiento de reclamos.** (Si es necesario, adjunte hojas adicionales)

Apellido, 1er nombre y 2do nombre de la persona cubierta	Nombre(s) del titular de la póliza	Nombre(s) de la compañía de seguro	Tipo de cobertura	Nº de póliza	Fecha de entrada en vigor	Fecha de terminación (Si corresponde)
			<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Otra _____			
			<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Otra _____			

Para ciertos inscritos, la cobertura según PPO, EPO o Flex Net puede estar sujeta a limitaciones por enfermedad pre-existente. Si desea información adicional, por favor vea el reverso de este formulario.

**9 RECHAZO DE COBERTURA (Complete esta sección si usted o sus dependientes elegibles rechazarán cualquier cobertura.)**

Cobertura médica que se declina para:  Usted  Cónyuge  Dependiente(s)

Estoy cubierto por otro plan colectivo de beneficios de salud ofrecido por OTRO empleador (es decir, el empleador del cónyuge).

Estoy cubierto por otro plan colectivo de beneficios de salud ofrecido por MI empleador.

Otro: \_\_\_\_\_

Estoy declinando para mi cónyuge, nombre: \_\_\_\_\_

Estoy declinando para mi(s) hijo(s), nombre(s): \_\_\_\_\_

Se declina la cobertura oftalmológica para:  Usted  Cónyuge  Dependiente(s)

Se declina la cobertura odontológica para:  Usted  Cónyuge  Dependiente(s)

Mi empleador me ha explicado la cobertura disponible. Se me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura disponible. He decidido no inscribirme ni inscribir a mi(s) dependiente(s). **Al rechazar la cobertura, reconozco que mis dependientes y yo posiblemente tengamos que esperar hasta el próximo período abierto de inscripción o hasta el próximo evento calificante para inscribirnos. Además, al firmar a continuación, certifico que la razón por la cual estoy declinando la cobertura es precisa de acuerdo a lo indicado en los casilleros marcados anteriormente.**

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(SOLAMENTE SI RECHAZA LA COBERTURA: si firmó por error, por favor tache la firma y escriba sus iniciales)

**Enfermedades pre-existentes y Cobertura acreditable:** su cobertura de acuerdo a este plan de beneficios de salud puede estar sujeta a limitaciones por enfermedades pre-existentes durante un período máximo de seis meses a partir de la fecha de entrada en vigor de su inscripción. De acuerdo con las leyes estatales y federales, las Entidades de Health Net acreditarán su cobertura previa en el momento en que usted solicite la inscripción en PPO, EPO o FLEX NET, siempre y cuando dicha cobertura previa califique como una "cobertura acreditable" según lo definido por las leyes federales y estatales. La cobertura acreditable se aplicará para compensar (en parte o completamente) la limitación por enfermedad pre-existente, que puede aplicarse a su cobertura de acuerdo con esta póliza. Si, al momento de inscribirse, usted no puede proporcionar la documentación de la cobertura acreditable auténtica, las Entidades de Health Net pueden brindarle ayudarle para obtener la documentación necesaria. Nota: La cobertura anterior que se interrumpe por un período de 63 días (181 días si ha finalizado la cobertura obtenida a través del empleo) o más no califica como cobertura acreditable.

**Enfermedades que producen incapacidad**

Si usted o un miembro de su familia estuvieran incapacitados a la fecha de terminación de la cobertura con la compañía de seguros de salud anterior, puede tener derecho a una extensión de los beneficios de salud, de acuerdo con el Código de seguros de California (California Insurance Code) § 10128. De acuerdo a esta ley, la compañía aseguradora anterior conserva la responsabilidad hasta que ocurra cualquiera de los siguientes eventos: (a) el miembro ya no está totalmente incapacitado; (b) los beneficios máximos de la cobertura de la compañía aseguradora anterior están pagados o, (c) ha transcurrido un período de 12 meses consecutivos desde la fecha en que finalizó la cobertura con la compañía aseguradora anterior.

La incapacidad total, como se la relaciona con la ley antes descrita, significa: Empleado: cuando, como resultado de una lesión corporal o de una enfermedad, el empleado no puede ejercer ningún empleo y ocupación para la que está capacitado/a por razones de educación, entrenamiento o experiencia y, de hecho, no está ejerciendo ningún empleo y ocupación por un sueldo o para obtener ganancias. Miembro de la familia: cuando el miembro de la familia está impedido de realizar todas las actividades regulares o acostumbradas, habituales para una persona de esa edad.

**Por favor, responda las preguntas tan completamente como sea posible para evitar retrasos en el procesamiento de su solicitud.**

**TARJETA DE INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN MÉDICA**

Inscritos adicionales cubiertos

Nombre \_\_\_\_\_  
Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**TARJETA DE INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN MÉDICA**

Inscritos adicionales cubiertos

Nombre \_\_\_\_\_  
Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Bienvenido a Health Net. Por favor, complete estas Tarjetas provisorias de información de inscripción y guárdelas hasta que reciba su tarjeta permanente de identificación.

La cobertura no comenzará hasta la aceptación de su solicitud por parte de Health Net of California, Inc. o de Health Net Life Insurance Company. Una vez aceptada su solicitud, Health Net se obligará de acuerdo a los términos del Contrato y a cualquiera de las enmiendas al mismo.

La cobertura no comenzará hasta la aceptación de su solicitud por parte de Health Net of California, Inc. o de Health Net Life Insurance Company. Una vez aceptada su solicitud, Health Net se obligará de acuerdo a los términos del Contrato y a cualquiera de las enmiendas al mismo.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EMPLEADOS DE EMPRESAS PEQUEÑAS

Bienvenido a los planes de Health Net para empresas pequeñas.



Post Office Box 9103  
Van Nuys, California 91409-9103  
[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, por favor comuníquese con los Servicios al miembro:

Grupo para empresas pequeñas 1-800-361-3366  
Salud Con Health Net 1-800-331-1777

Health Net of California, Inc. ofrece los siguientes productos: ELECT Open Access, HMO, y SELECT POS.  
Health Net Life Insurance Company ofrece los siguientes productos: EPO, Flex Net, PPO, seguro de vida y AD&D.  
SafeGuard Health Plans, Inc. ofrece los siguientes productos: HMO Odontológico (DHMO) y DHMO Ortho Rider.  
SafeHealth Life Insurance Company ofrece los siguientes productos: PPO Odontológico, Indemnity Dental e Indemnity Ortho Rider.  
Fidelity Security Life Insurance Company ofrece el siguiente producto atendido por EyeMed Vision Care, LLC: PPO Oftalmológico.



**MARQUE EL PLAN DESEADO, SEGÚN LO OFRECIDO POR EL EMPLEADOR:**

<b>PLAN MÉDICO</b> ESCRIBA EL NÚMERO DEL PLAN JUNTO AL PRODUCTO	<b>PLAN ODONTOLÓGICO</b> ESCRIBA EL NÚMERO DEL PLAN JUNTO AL PRODUCTO	<b>PLAN OFTALMOLÓGICO</b> ESCRIBA EL NÚMERO DEL PLAN JUNTO AL PRODUCTO
<input type="checkbox"/> HMO _____	<input type="checkbox"/> PPO _____	<input type="checkbox"/> PPO _____
<input type="checkbox"/> Elect Open Access _____	<input type="checkbox"/> HMO _____	
<input type="checkbox"/> Select 3-Tier POS _____	<input type="checkbox"/> Indemnity _____	
<input type="checkbox"/> PPO _____		
<input type="checkbox"/> Flex Net (Indemnity) _____		
<input type="checkbox"/> Salud Con Health Net _____		

Los planes médicos y de vida / AD&D son brindados por Health Net of California, Inc. y / o Health Net Life Insurance Company (juntas son las "Entidades de Health Net"). Los planes odontológicos son provistos por SafeGuard Health Plans, Inc. y / o su afiliada, SafeHealth Life Insurance Company, (juntas son las "Entidades de SafeGuard"). Los planes oftalmológicos son provistos por Fidelity Security Life Insurance Company y atendidos por Eyemed Vision Care LLC (juntas son las "Entidades de Fidelity").

Ni las Entidades de SafeGuard ni las de Fidelity están afiliadas a las Entidades de Health Net. Las obligaciones de acuerdo con los planes odontológicos y oftalmológicos no son obligaciones de ni están garantizadas por las Entidades de Health Net. **IMPORTANTE: POR FAVOR, COMPLETE TODAS LAS SECCIONES EN LETRA DE MOLDE Y CON TINTA NEGRA.**

**1 SU EMPLEADOR COMPLETA ESTA SECCIÓN**

Nombre de la compañía	Número del grupo médico	Tiempo completo / Fecha de contratación	Fecha de entrada en vigor
-----------------------	-------------------------	---	---------------------------

**2 SU EMPLEADOR COMPLETA ESTA SECCIÓN (SI ESTÁ SOLICITANDO EL GRUPO DE VIDA Y AD&D)**

Fecha de entrada en vigor	Salario anual	Ocupación	Clase de vida	Monto del seguro de vida / AD&D
---------------------------	---------------	-----------	---------------	---------------------------------

**3 USTED COMPLETA LAS SECCIONES 3 A 9 Nota: Aun cuando usted rechace la cobertura, debe completar las secciones 3 y 9**

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero /a <input type="checkbox"/> Casado /a
Número del seguro social	Estado de empleo <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Por hora	Denominación del cargo	
Dirección postal de residencia (Número, calle, apartamento, ciudad)			Estado <input type="checkbox"/> Código postal <input type="checkbox"/>
Teléfono particular ( ) ( )	Teléfono laboral ( ) ( )	Dirección de correo electrónico	¿Usted o alguno de sus dependientes ha sido alguna vez miembro de Health Net? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usted o alguno de sus miembros ha sido eximido de la cobertura de Health Net en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**NOTA:** Por favor, complete todo el formulario de inscripción. Este formulario no puede ser procesado si la información no está completa. Los dependientes de 19 años de edad requieren, hasta su vigésimo tercer (23) cumpleaños, un comprobante de su condición de estudiante de tiempo completo o de su condición de incapacidad permanente dentro de los 31 días de inscripción.

**4 INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO / DEPENDIENTE**

Por favor, escriba debajo la lista de solicitantes elegibles para ser inscritos. Los miembros de HMO, ELECT Open Access y SELECT 3-Tier (POS) deben residir dentro del área geográfica de servicio establecida por Health Net para asegurar un acceso razonable a la atención. Si tiene más de tres dependientes, por favor adjunte un formulario adicional de inscripción.

Si está solicitando HMO, ELECT Open Access y SELECT 3-Tier (POS) por favor elija el grupo médico dentro de un radio de 15 a 30 millas del lugar de residencia o de trabajo para cada miembro de su familia, escribiendo los nombres y números en el espacio que aparece a continuación. Si desea una lista de médicos, puede visitar nuestro sitio web en [www.health.net](http://www.health.net) o revisar el Directorio de proveedores de planes de Health Net para empresas pequeñas. Puede elegir un grupo médico distinto y un médico de atención primaria para cada miembro de la familia. Si el grupo que ha seleccionado tiene una "X" al lado del número (por ejemplo, IPA 135X), esto indica el Médico de atención primaria para usted y para cada miembro de su familia que se inscribe en ese grupo. **¿Preguntas? Llame a los Servicios de servicios al miembro de Health Net al 1-800-361-3366 o para Salud con Health Net al 1-800-331-1777.**

Si está solicitando una cobertura odontológica de HMO, por favor elija un proveedor odontológico para cada miembro de su familia, escribiendo el número de identificación del proveedor odontológico en el espacio que aparece a continuación. Usted puede encontrar un proveedor en el directorio odontológico provisto o puede llamar a los servicios odontológicos al miembro de Health Net al **1-800-880-8113**. Si se está inscribiendo en el plan HMO odontológico, DEBE indicar la identificación del proveedor odontológico. Si no se indica la identificación del proveedor odontológico, a usted y a su(s) dependiente(s) se les asignará automáticamente un proveedor odontológico.

**Por favor, tenga en cuenta que:** Los dependientes son elegibles para la cobertura solamente si son seleccionados por el suscriptor. Usted debe indicar el (los) tipo(s) de cobertura para cada dependiente.

Solamente para los planes HMO, ELECT, ELECT Open Access y SELECT POS y para el plan HMO odontológico

Nombre / dirección	Número telefónico (Si es distinto)	Relación	Sexo M / F	Fecha de nacimiento (Mes-día-año)	Nº del seguro social o Nº de identificación de la matrícula consular	Revise el Directorio proveedores de Health Net y elija un grupo médico participante y un médico de atención primaria para cada miembro de su familia.	Nº del Grupo médico (PPG), Nº de identificación del Médico de atención primaria (PCP) y del Proveedor de HMO odontológico	Paciente actual S = Sí N = NO
Apellido – 1er nombre – 2do nombre (si es distinto) Dirección – Ciudad – Estado – Cód. postal	Particular	USTED				<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO	Nº de identificación del grupo médico (PPG)	
	Laboral						Nombre y Nº de identificación del médico de atención primaria (PCP)	
	Particular	CÓNYUGE				<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO	Nº de identificación del proveedor de HMO odontológico	
	Laboral						Nombre y Nº de identificación del grupo médico (PPG)	
	Particular	DEPENDIENTE				<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO	Nº de identificación del proveedor de HMO odontológico	
	Laboral						Nombre y Nº de identificación del médico de atención primaria (PCP)	
	Particular	DEPENDIENTE				<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO	Nº de identificación del grupo médico (PPG)	
	Laboral						Nombre y Nº de identificación del médico de atención primaria (PCP)	
	Particular	DEPENDIENTE				<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO	Nº de identificación del proveedor de HMO odontológico	
	Laboral						Nombre y Nº de identificación del grupo médico (PPG)	
	Particular	DEPENDIENTE				<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO	Nº de identificación del proveedor de HMO odontológico	
	Laboral						Nombre y Nº de identificación del médico de atención primaria (PCP)	
	Particular	DEPENDIENTE				<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO	Nº de identificación del grupo médico (PPG)	
	Laboral						Nombre y Nº de identificación del médico de atención primaria (PCP)	
	Particular	DEPENDIENTE				<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO	Nº de identificación del proveedor de HMO odontológico	
	Laboral						Nombre y Nº de identificación del grupo médico (PPG)	

**5 SEGURO DE VIDA TEMPORAL BAJO CONTRATO COLECTIVO** Si corresponde (Adjunte una hoja separada para los beneficiarios adicionales o eventuales.)

Cobertura de vida  Sí  No Si la respuesta es sí, estoy solicitando  Seguro básico de vida / AD&D \$ \_\_\_\_\_  Seguro de vida para dependientes \$ \_\_\_\_\_

Seguro de vida del beneficiario (Nombre completo)	Relación	%
Seguro de vida del beneficiario (Nombre completo)	Relación	%

**6 INFORMACIÓN SOBRE INCAPACIDAD**

1. ¿Cree que usted o algún miembro de su familia, para quien usted está solicitando la cobertura, sería considerado como totalmente incapacitado de acuerdo con las definiciones de incapacidad proporcionadas en el reverso de esta solicitud?

Sí  No Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

Problema o problemas que producen la incapacidad \_\_\_\_\_ Fecha de comienzo de la incapacidad \_\_\_\_\_

**7 ACEPTACIÓN DE LA COBERTURA (Firma obligatoria)**

**UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD:** Admito y entiendo que los proveedores de atención de la salud pueden revelar información de salud sobre mí o sobre mis dependientes, incluyendo información concerniente al abuso de sustancias, problemas mentales / emocionales, SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o Complejo relacionado con el SIDA (ARC, por sus siglas en inglés) a las Entidades Health Net, a las Entidades de SafeGuard y / o a las Entidades de Fidelity. Las Entidades de Health Net, las de SafeGuard y / o las de Fidelity utilizan y pueden divulgar esta información a los efectos de tratamiento, pago y operaciones del plan de salud, incluyendo pero no limitándose, al manejo de la utilización, a la mejora de la calidad y a programas de manejo de enfermedades o de casos. El Aviso de prácticas de privacidad de Health Net se incluye en la evidencia de cobertura o en el certificado de seguro para la cobertura suscrito por las Entidades de Health Net. También puedo obtener una copia de este aviso en el sitio web [www.health.net](http://www.health.net) o a través de los Servicios al miembro de Health Net.

**AVISO:** Para su protección, las leyes de California requieren que el siguiente mensaje aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

Las leyes de California prohíben que las compañías de seguro de salud requieran o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener una cobertura de seguro de salud.

**RECONOCIMIENTO Y ACUERDO:** Entiendo y estoy de acuerdo en que al inscribirme en o al aceptar servicios de las Entidades de Health Net, de las Entidades de SafeGuard y / o de las Entidades de Fidelity, yo y cualquier dependiente inscripto estamos obligados a entender y cumplir con los términos, condiciones y disposiciones del contrato del plan o de la póliza de seguro. He leído y comprendido los términos de esta solicitud y mi firma a continuación indica que la información provista en dicha solicitud está completa, es verdadera y correcta y que acepto estos términos.

**Acuerdo de arbitraje:** Entiendo y estoy de acuerdo que todas y cualquier disputa o desacuerdo entre el Grupo (los miembros inscriptos) y las Entidades de Health Net, las de SafeGuard y / o las de Fidelity, concernientes a la interpretación, análisis, realización o incumplimiento de las políticas del grupo de las Entidades antes mencionadas (las de Health Net, SafeGuard y / o Fidelity) o concernientes a otras cuestiones relacionadas con o que surjan de las políticas del grupo de las Entidades de Health Net, de SafeGuard y / o de Fidelity, ya sean citadas en la ley de delitos civiles, en un contrato o de cualquier otro modo, deben ser sometidas a un arbitraje inapelable y vinculante en vez de ser sometidas a un jurado o juicio. Entiendo que, al estar de acuerdo en someter todas las disputas a un arbitraje inapelable y vinculante, todas las partes, incluyendo las Entidades de Health Net, las de SafeGuard y / o las de Fidelity están renunciando a sus derechos constitucionales a punto permitido por la ley de que sus disputas sean resueltas en un tribunal de justicia ante un jurado. También entiendo que las disputas con las Entidades de Health Net, las de SafeGuard y / o las de Fidelity, que involucren reclamos por mala praxis médica o en los servicios (es decir, si cualquier servicio médico prestado fue innecesario o no fue autorizado o fue prestado de manera indebida, negligente o incompetente), también están sujetas a un arbitraje inapelable y vinculante. Se incluye una disposición de arbitraje mucho más detallada en las políticas de grupo de las Entidades de Health Net, de SafeGuard y / o de Fidelity.

De hecho, a partir del 1 de julio de 2002, a los miembros que se hayan inscripto en un plan de empleador, que está sujeto a ERISA, 29 U.S.C. § 1001 et seq., una ley federal que regula los planes de beneficios, se les solicita que no sometan a arbitraje vinculante obligatorias disputas sobre ciertas "determinaciones de beneficio adverso" hechas por las Entidades de Health Net, las de SafeGuard y / o las de Fidelity. Según ERISA, una "determinación de beneficio adverso" significa la decisión de las Entidades de Health Net, de SafeGuard y / o de Fidelity de negar, reducir, terminar o no pagar por todo un beneficio o parte del mismo. Sin embargo, yo y las Entidades de Health Net, las de SafeGuard y / o las de Fidelity pueden estar de acuerdo voluntariamente en someter a arbitraje disputas sobre estas "determinaciones de beneficio adverso" en el momento en que surja dicha disputa.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(si tiene más preguntas, vea el reverso del formulario)

Bienvenido a Health Net. Por favor, complete estas Tarjetas provisorias de información de inscripción y guárdelas hasta que reciba su tarjeta permanente de identificación.



Health Net®

**TARJETA DE INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN MÉDICA**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Nombre / número del grupo médico \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

HMO  CO-PAGO VARIABLE DE HMO  EOA  SELECT 3-Tier POS  
 PPO  FLEX NET (Fuera del área)  SCHN PPO  SCHN HMO  SCHN EPO  
 Salud MEXICO Llame a Health Net al 1-800-361-3366 o al 1-800-331-1777.



Health Net®

**TARJETA DE INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN MÉDICA**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Nombre / número del grupo médico \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

HMO  CO-PAGO VARIABLE DE HMO  EOA  SELECT 3-Tier POS  
 PPO  FLEX NET (Fuera del área)  SCHN PPO  SCHN HMO  SCHN EPO  
 Salud MEXICO Llame a Health Net al 1-800-361-3366 o al 1-800-331-1777.