

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y DECLINACIÓN DE COBERTURA PARA EMPLEADOS DE PEQUEÑOS NEGOCIOS

Nota: Todos los empleados que califiquen deberán llenar, firmar y enviar este formulario a PacifiCare, para aceptar o declinar la cobertura

Si tiene preguntas o necesita asistencia con este formulario llame a su empleador o a una de nuestras líneas directas de ayuda sin costa a

- PacifiCare SignatureValueSM (HMO): 1-800-624-8822
o 1-800-442-8833 (TDHI)
- PacifiCare SignaturePOSSM (POS): 1-800-913-9133
o 1-800-442-8833 (TDHI)
- PacifiCare SignatureOptionsSM (PPO) o
PacifiCare SignatureIndependenceSM (Indemnity): . . . 1-866-316-9776
o 1-866-816-2018 (PPO/Indemnity TDHI)
- PacifiCare SignatureFreedomSM (SDHP): 1-866-867-0700

Términos y Condiciones – Le sugerimos leer cuidadosamente este formulario antes de firmarlo

En mi nombre y en el de mis dependientes que califiquen, por este medio solicito la cobertura médica de grupo indicada en el interior, en el Plan de Salud de Grupo de Pequeños Empleadores del Plan de Salud de PacifiCare (“PacifiCare”) o de PacifiCare Life and Health Insurance Company (“PacifiCare Life and Health”) que se ofrece a través de mi empleador, y entiendo y acepto lo siguiente:

1. Acatar el Acuerdo de Suscriptor con PacifiCare Medical y Hospital Group (el “Acuerdo”) si hubiese elegido el plan de HMO o POS o la Póliza de Grupo de PacifiCare Life and Health (la “Póliza”) si hubiese elegido el plan PPO o de Indemnización Fuera del Estado.
2. Mi empleador podrá deducir de mis ingresos la contribución que se requiera del empleado para cubrir mi porción de la prima, si la hubiese.
3. PacifiCare, PacifiCare Life and Health o sus representantes han de tener acceso y podrán hacer uso de mi expediente médico y de los expedientes médicos de mis dependientes, entre ellos los expedientes médicos de salud mental y los relativos al tratamiento o prevención del alcoholismo y la fármacodependencia, para los fines de Revisión de la Utilización, Control de Calidad, encuestas, trámites de reclamaciones, auditorías financieras, clasificaciones, seguros u otros fines razonablemente relacionados con la aplicación del Acuerdo o de la Póliza.
4. Cualquier omisión material o representación falsa al contestar las preguntas en esta solicitud podrá resultar en la negación de los beneficios y en la cancelación de mi afiliación o la de mis dependientes en PacifiCare.
5. La cobertura habrá de comenzar hasta que PacifiCare o PacifiCare Life and Health acepten este formulario de inscripción. Al aceptar este formulario de inscripción, PacifiCare o PacifiCare Life and Health habrán de acatar los términos del Acuerdo o Póliza y las enmiendas a los mismos.
6. He recibido, leído y comprendido el formulario del Plan Comprobante Combinado de Cobertura e Información, el Plan de Beneficios, las Limitaciones y Exclusiones, el Directorio de Grupos Médicos Participantes y una copia de este Formulario de Inscripción de PacifiCare.
7. Mis dependientes y yo residimos en el área autorizada de servicio de PacifiCare of California (si se está inscribiendo en los planes de HMO o POS de PacifiCare).

Si yo hubiese solicitado cobertura de Seguro de Vida de Grupo según se indica en las páginas centrales de este formulario:

Yo declaro que la información suministrada es verdadera y por este medio autorizo las deducciones de nómina de mi salario para cubrir las contribuciones o cuotas necesarias para mantener mi elegibilidad. Se requieren las firmas en las declaraciones de Arbitraje y de Divulgación de Información Médica.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE EMPLEADOS



P.O. Box 6006, MS CY24-515
Cypress, CA 90630
Fax: (714) 226-5622

IMPORTANTE: POR FAVOR LLENE TODAS LAS SECCIONES
No se puede procesar este formulario si la información está incompleta.

Código fuente	Nro. de referencia
---------------	--------------------

SU EMPLEADOR DEBERÁ LLENAR ESTA SECCIÓN - MÉDICO Y DE VIDA DE GRUPO						
Nombre de la Compañía	Número de grupo / Código del plan	Fuente de inscripción: <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Contratación reciente	<input type="checkbox"/> QMCSO <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Recontratación	Fecha de contratación	Fecha de recontratación	Fecha de vigencia solicitada
Salario anual	Ocupación y cargo	Clase de seguro de vida	Grupo de vida /Monto de seguro de muerte accidental y desmembramiento			

LLENE ESTA SECCIÓN - GRUPO MÉDICO Y DE VIDA

(Si desea declinar la cobertura, llene únicamente la sección de Declinación de cobertura)

SELECCIÓN DE SU PLAN (Marque una casilla después de confirmar el plan (o planes) que ofrece su Empleador)

PacifiCare SignatureValue (HMO)	PacifiCare SignatureOptions (PPO)	PacifiCare SignatureIndependence (Indemnity)
<input type="checkbox"/> 10-30/100 <input type="checkbox"/> 15-30/250a <input type="checkbox"/> 20-40/500d <input type="checkbox"/> 30-40/70	<input type="checkbox"/> 10/90-70/250 <input type="checkbox"/> 15/90-50/250 <input type="checkbox"/> 20/80-60/250 <input type="checkbox"/> 30/70-50/250 <input type="checkbox"/> 35/80-60/500 <input type="checkbox"/> 35/70-50/1000 <input type="checkbox"/> 70-50/2000 <input type="checkbox"/> 70-50/3500 (con vigencia a partir del 4/1/04)	<input type="checkbox"/> 80/250 PacifiCare SignaturePOS (POS) <input type="checkbox"/> 15/80-60 (con vigencia a partir del 4/1/04) PacifiCare SignatureFreedom (SDHP) <input type="checkbox"/> 80-50/2000 (con vigencia a partir del 4/1/04) <input type="checkbox"/> 70-50/2000

INFORMACIÓN PERSONAL

Dirección postal de residencia (Número, Calle, Apartamento)		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono en el hogar () () ()	Teléfono en el trabajo () () ()	¿Está usted inscrito actualmente en Cal-COBRA o en COBRA? Si así fuese, indique el tipo de evento que califica y la fecha de vigencia original:		
Indique el número de horas que trabaja en una semana normal: _____ horas	¿Ha sido alguna vez, usted o sus dependientes, miembro de PacifiCare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha declinado alguna vez, usted o cualquiera de sus dependientes la cobertura de PacifiCare en los pasados 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Soltero(a) con pareja de hecho <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)
Correo electrónico			¿Desea recibir información por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

INDIQUE EL NOMBRE DE TODOS LOS FAMILIARES QUE DESEA INSCRIBIR INCLUSO EL SUYO PROPIO

- La selección de un Doctor de atención primaria (PCP) únicamente es necesaria si selecciona un plan HMO/POS (si no selecciona un PCP, se le asignará uno).
- Por favor seleccione un doctor del Directorio de Proveedores para usted y cada uno de sus familiares anotando el nombre y número del PCP a continuación.
- Usted puede seleccionar un doctor diferente para cada miembro de su familia.
- Para obtener ayuda llame al Departamento de Servicio a Clientes al 1-800-624-8822 (HMO), 1-800-913-9133 (POS) o al 1-866-316-9776 (PPO/Indemnización).

1	Propio	Apellido	Número de Seguro Social	Nombre del Doctor de Atención Primaria	No. de PCP - O- No. de Grupo	Número del Doctor de Atención Primaria (PCP)	¿Paciente existente?
	Sexo M o F	Nombre Inicial	Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año)	Nombre del Grupo Médico		Número del Grupo Médico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	Cónyuge	Apellido	Número de Seguro Social	Nombre del Doctor de Atención Primaria	No. de PCP - O- No. de Grupo	Número del Doctor de Atención Primaria (PCP)	¿Paciente existente?
	Sexo M o F	Nombre Inicial	Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año)	Nombre del Grupo Médico		Número del Grupo Médico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	Parentesco	Apellido	Número de Seguro Social	Nombre del Doctor de Atención Primaria	No. de PCP - O- No. de Grupo	Número del Doctor de Atención Primaria (PCP)	¿Paciente existente?
	Sexo M o F	Nombre Inicial	Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año)	Nombre del Grupo Médico		Número del Grupo Médico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	Parentesco	Apellido	Número de Seguro Social	Nombre del Doctor de Atención Primaria	No. de PCP - O- No. de Grupo	Número del Doctor de Atención Primaria (PCP)	¿Paciente existente?
	Sexo M o F	Nombre Inicial	Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año)	Nombre del Grupo Médico		Número del Grupo Médico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	Parentesco	Apellido	Número de Seguro Social	Nombre del Doctor de Atención Primaria	No. de PCP - O- No. de Grupo	Número del Doctor de Atención Primaria (PCP)	¿Paciente existente?
	Sex M o F	Nombre Inicial	Fecha de nacimiento (Mes - Día - Año)	Nombre del Grupo Médico		Número del Grupo Médico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Marque la casilla si adjunta una página adicional de inscripción de dependientes.

Los dependientes que excedan la edad límite (19-24 años) deberán presentar comprobante de estado de estudiante de tiempo completo o de estado permanente de discapacidad en un plazo no mayor de 31 días después de la inscripción.

Código fuente	Nro. de referencia
---------------	--------------------

Nombre del empleado _____ Número de Seguro Social _____

Nombre de la Compañía _____

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS / INFORMACIÓN SOBRE OTRAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS

- ¿Tiene alguna de las personas indicadas anteriormente otro seguro de salud? Sí No Si la respuesta es Sí, llene la sección a continuación.
- ¿Está alguna de las personas antes indicadas permanentemente discapacitada? Sí No Nombre _____
Fecha de inicio de incapacidad _____ M - D - A
- ¿Califica para Medicare alguna de las personas antes indicadas? Sí No Nombre _____
No. de identificación de Medicare _____

NOMBRE	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NO. DE PÓLIZA Y FECHA DE VIGENCIA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE OTRO EMPLEADOR

***SEGURO DE VIDA DE GRUPO (Llene este formulario únicamente si su empleador está ofreciendo este beneficio)**

Yo deseo cobertura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Yo solicito cobertura para: <input type="checkbox"/> Mi persona <input type="checkbox"/> Para mí y para mis dependientes elegibles	Beneficios del empleado – Vida: \$ Muerte accidental y desmembramiento (AD&D): \$ Suplementario de Vida:** \$
---	--	--

Cónyuge –
Fecha de nacimiento (Mes – Día - Año) _____ Cantidad: \$ _____

Como empleado con cobertura, usted tiene el derecho de seleccionar o cambiar su beneficiario o beneficiarios de conformidad con los términos de su póliza.

Beneficiario primario del seguro de vida (nombre completo)***

Beneficiario contingente (nombre completo)

** Quizá necesite presentar evidencia de asegurabilidad.
*** Es NECESARIO que su cónyuge firme el formulario si: (a) Usted es residente de AZ, CA, ID, LA, NV, NM, TX, WA, o WI
y (b) usted designa como beneficiario a alguien que no sea su cónyuge

Firma del cónyuge

*** DISCAPACIDAD DE LARGO PLAZO DE GRUPO (LTD)**
(Llene este formulario únicamente si su empleador está ofreciendo este beneficio)

Obligaciones del trabajo

Entiendo que, si en fecha posterior deseo participar, puede ser necesario someterme a un examen médico cuyo costo correrá por mi cuenta.

Firma del empleado X	Fecha
Beneficiario del seguro de incapacidad de largo plazo LTD (Nombre completo)	Parentesco

* La cobertura de vida está asegurada por Continental Assurance Company o CNA Group Life Assurance Company. La cobertura de discapacidad de largo plazo está asegurada por Continental Casualty Company o CNA Group Life Assurance Company. La compañía emisora aparece identificada en la póliza de grupo.

ES NECESARIO FIRMAR LA TERMINOS Y CONDICIONES Y DECLARACIÓN DE ARBITRAJE.

Declaración de Arbitraje Por medio de mi firma al pie de este documento, reconozco que he leído, entiendo y acepto los Términos y Condiciones y Declaración de Arbitraje en todas las páginas de este formulario. Una reproducción de esta autorización habrá de tener la misma validez que el original.

POR ESTE MEDIO ENTIENDO Y ACEPTO QUE CUALQUIERA Y TODAS LAS DISPUTAS, INCLUSO LAS RECLAMACIONES PERTINENTES AL SUMINISTRO DE SERVICIOS EN VIRTUD DEL PLAN Y LAS RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA (COMO EN EL CASO DE CUALESQUIER SERVICIOS MÉDICOS SUMINISTRADOS EN VIRTUD DEL PLAN DE SALUD QUE FUESEN INNECESARIOS O NO ESTUVIESEN AUTORIZADOS, O SI FUESEN BRINDADOS INDEBIDAMENTE, NEGLIGENTEMENTE O DE MANERA INCOMPETENTE), EXCEPTO POR RECLAMACIONES SUJETAS A LO ESTIPULADO POR ERISA, ENTRE MI PERSONA Y MIS DEPENDIENTES INSCRITOS EN EL PLAN (INCLUSO CUALESQUIER SUCESORES O REPRESENTANTES) Y PACIFICARE DE CALIFORNIA O CUALQUIERA DE SUS OFICINAS MATRICES, SUBSIDIARIAS O AFILIADAS HABRÁN DE RESOLVERSE MEDIANTE ARBITRAJE OBLIGATORIO. UNA DISPUTA COMO TAL NO SE RESOLVERÁ MEDIANTE DEMANDA O RECURSO DE PROCESO JUDICIAL, EXCEPTO SEGÚN LO ESTIPULA LA LEY FEDERAL DE ARBITRAJE PARA LA REVISIÓN JUDICIAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ARBITRAJE. TODAS LAS PARTES QUE CONSTITUYEN ESTE ACUERDO RENUNCIAN A SU DERECHO CONSTITUCIONAL DE SOMETER UNA DISPUTA COMO TAL A LA DECISIÓN DE UN TRIBUNAL JUDICIAL CON JURADO, Y EN SU LUGAR, ACEPTAN SOMETERSE AL ARBITRAJE OBLIGATORIO.

Firma (Necesaria)
X

Fecha

Nombre del empleado _____ Número de Seguro Social _____

Nombre de la Compañía _____

DECLINACIÓN DE COBERTURA

Llene esta sección si usted o sus dependientes elegibles gustan rechazar cobertura.

A menos que una de las tres circunstancias que se indican a continuación sea aplicable a usted, el incumplimiento de inscribirse durante el período inicial de inscripción permitirá al plan tratarle como Miembro inscrito tardíamente y a imponerle un período de espera de doce meses desde el momento en que usted decida inscribirse.

Yo certifico que la razón por la que declino la inscripción es: (Marque la opción que sea aplicable)

- Tengo cobertura de otro plan de beneficios de salud de grupo ofrecido a mi cónyuge.
- Tengo cobertura de otro plan de beneficios de salud de grupo que ofrece mi EMPLEADOR.
- Tengo cobertura de un plan de salud individual.
- Yo declino la cobertura para mi cónyuge, de nombre: _____, porque _____
- Yo declino la cobertura para mi(s) hijo(s), cuyos nombres son: _____, _____, porque _____
- Yo declino la cobertura porque _____

Si alguno de mis dependientes o yo hubiésemos declinado la cobertura según se indicó anteriormente:

Entiendo que en caso de que mis dependientes elegibles o yo optásemos inscribirnos en un plan de PacifiCare en fecha posterior, se nos puede considerar "Miembros inscritos tardíamente" y tendremos que esperar para obtener cobertura un plazo de doce (12) meses a partir de la fecha en que nos inscribamos, o hasta el siguiente período de inscripción abierta.

Se me ha informado que en virtud de las tres circunstancias a continuación, no se nos considerará, a mis dependientes elegibles ni a mí, como Miembros inscritos tardíamente y por lo tanto no tendremos que esperar un período de doce (12) meses después de la fecha de nuestra inscripción en PacifiCare:

1. COBERTURA CON EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE OTRO EMPLEADOR. No habrá de considerárseles, a usted ni a sus dependientes (colectivamente "Ustedes") como Miembros inscritos tardíamente si:
 - a. Tienen cobertura actualmente en el plan de beneficios de salud de otro empleador ("Plan"), aunque califique también para inscribirse en un plan de PacifiCare;
 - b. Certifican por escrito en esta Declinación de Cobertura que están declinando la cobertura de PacifiCare porque ya tienen cobertura de otro plan de grupo;
 - c. Se enteran en fecha posterior que han perdido o perderán la cobertura del otro plan debido a:
 - (1) que termina su empleo o el empleo de la otra persona por medio de la cual tienen cobertura como dependientes;
 - (2) hay un cambio en el estado de su empleo o en el empleo de la persona por medio de la cual tienen cobertura como dependientes;
 - (3) termina la cobertura en virtud del otro Plan;

- (4) termina la contribución monetaria del empleador para su cobertura en virtud del otro Plan;
- (5) fallece la persona por medio de la cual tienen cobertura como dependientes;
- (6) ocurre una separación legal o divorcio;
- (7) se pierde la cobertura sin compartir costos de Medi-Cal de la persona por medio de la cual tienen cobertura como dependientes;
- (8) su declinación de cobertura cuando se le ofreció previamente la inscripción y usted posteriormente adquiere un dependiente;
- (9) termina la cobertura en virtud del otro plan para su(s) dependiente(s); y

- d. Solicitan inscribirse a más tardar en el plazo de treinta (30) días después del vencimiento de su cobertura en el otro Plan debido a uno de los motivos indicados en el inciso 1(c).

Si satisfacen uno de los requisitos antes mencionados, no se les podrá clasificar como miembros inscritos tardíamente, y no tendrán que esperar doce (12) meses después de la fecha de inscripción.

2. PLANES MÚLTIPLES. Si su empleador ofrece más de un plan y ustedes se inscriben en uno de dichos planes durante el período de inscripción abierta, no se les clasificará como Miembros inscritos tardíamente si se inscriben en PacifiCare en fecha posterior.
3. ORDEN JUDICIAL. Si un tribunal ordena que usted obtenga cobertura de atención médica para su cónyuge o hijo menor de edad, y presenta una solicitud de inscripción en un plazo de treinta (30) días después de la emisión de la orden judicial, no se les clasificará, a usted, a su cónyuge ni a su hijo menor de edad, como miembros inscritos tardíamente.

Mi firma en el interior de este formulario indica que he leído, comprendido y convenido con los términos y condiciones en los párrafos anteriores.

FIRMA He leído, comprendido y convenido con la Declinación de Cobertura que antecede.

X

Firma (Necesaria)

Fecha



Servicio al Cliente:

PacifiCare SignatureValueSM (HMO)
(800) 624-8822 or (800) 442-8833 (TDHI)

PacifiCare SignaturePOSSM (POS)
(800) 913-9133 or (800) 442-8833 (TDHI)

PacifiCare SignatureOptionsSM (PPO)/
PacifiCare SignatureIndependenceSM (Indemnity)
(866) 316-9776 or (866) 816-2018 (PPO/Indemnity TDHI)

PacifiCare SignatureFreedomSM (SDHP)
(866) 867-0700

Visit our Web site @ www.pacificare.com