SECCIÓN A: EVENTO CALIFICATIVO (Afiliado por favor indique una)

☐ Nuevo Contratado/Período Abierto de Afiliacion

☐ Terminación (Fecha)_____/_____/_____
Razón de la terminación_____

☐ Agregue/Elimine a los dependientes: (Provea la fecha del evento calificativo) Complete la Sección C
(Debe incluir documentación)
Matrimonio: _____/_____/____ Nuevo nacimiento: _____/_____/_____
Divorcio: _____/_____/_____ Adopción: _____/_____/_____
Otro: _____/_____/____ _____

☐ Cambio de domicilio
☐ Renuncia a la cobertura
☐ Cambio de nombre
☐ Reintegración
☐ Transferencia de cobertura
☐ Salario

Hawaii-Mainland Administrators
1600 West Broadway Road, Suite 300
Tempe, Arizona 85282
Teléfono: (480) 921-8944
Línea gratuita (888) 811-8944
Fax (866) 814-3854
Enrollment@hmatpa.com

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DE LOS AFILIADOS

Sexo:	Estado Civil:	Cobertura seleccionada:	Cobertura deseada:
☐ Masculino	☐ Soltero	☐ Sólo para el empleado	☐ **MEC** ☐ **MEC Advanced**
☐ Femenino	☐ Casado	☐ Empleado y Familia	
	☐ Unión de hecho	☐ Empleado y cónyuge	
		☐ Empleado e hijos	
		☐ Ambos cónyuges	Plan:_____

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento (DÍA / MES / AÑO)

Número de teléfono ( )

Nº de censo del empleado

Empleador | Puesto/Título

Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre

Domicilio particular (Dirección postal) | Ciudad | Estado | Código postal

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES (Toda la información es OBLIGATORIA)

Agregar	Modificar	Eliminar	Apellido (si es diferente), Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Nº de Censo	Número de Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Nieto
			(Cónyuge)			M / F		SI/NO
			(Hijo)			M / F		SI/NO
			(Hijo)			M / F		SI/NO
			(Hijo)			M / F		SI/NO
			(Hijo)			M / F		SI/NO

Si se selecciona la cobertura para los dependientes, el Plan debe contar con una fotocopia del Certificado de Nacimiento y de la tarjeta de seguro social de cada dependiente dentro de los 31 días luego de la fecha de presentación de la solicitud de afiliación para ser elegible y para cumplir con las leyes de Medicare.

SECCIÓN D: OTRA INFORMACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

¿Tienen los miembros de su familia otro seguro colectivo? □ Si □ No Si la respuesta es afirmativa, enumere las personas que se encuentran cubiertas y el tipo de cobertura que poseen.

Por favor adjunte el certificado de cobertura acreditable.

Empleador:_____ Nombre de la Compañía Aseguradora/Administrador Externo (TPA):_____

Personas cubiertas:_____

Tipo de cobertura: Fecha de entrada en vigencia:_____

Empleado: ☐Médica ☐Odontológica ☐de la Visión
Cónyuge: ☐Médica ☐Odontológica ☐de la Visión
Hijo(Hijos): ☐Médica ☐Odontológica ☐de la Visión

Domicilio:_____
Número de teléfono: _____
Plan/Número de Póliza: _____

SECCIÓN E: EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Declaro que todas las respuestas provistas son completas y verdaderas a mi leal saber y entender.
AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION: para reclamaciones autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, farmacia, compañía aseguradora, reaseguradora o a cualquier otra compañía de fármacos a darle a mi empleador o a HMA, LLC. toda la información de mi parte incluyendo resultados médicos, odontológicos, información sobre abuso de drogas o alcohol, exámenes o atención psiquiátrica o psicológica o cirugía si son míos o de los dependientes que tendrán la cobertura. Se que tengo el derecho a obtener una copia de de la presente autorización. Una fotocopia tendrá la misma validez que el original.
AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIONES DEL SALARIO: Por medio del presente autorizo a mi Empleador a deducir las primas del seguro de salud vencidas de mi salario.

Firma del Empleado:_____ Fecha:_____

PARA USO EXCVLUSIVO DE RRHH- NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

SALARIO ANUAL:	CÓDIGO DE DEPARTAMENTO:	CONTRATACIÓN A TIEMPO COMPLETO: DÍA / MES / AÑO	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:

FIRMA DEL EMPLEADOR/ADMINISTRADOR_____ FECHA:_____

BLANCO - HMA AMARILLO - RRHH ROSA - EMPLEADO