

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

Nuevo Contratado/Período Abierto de Afiliación

Terminación (Fecha) ___/___/___

Agregue/Elimine a los dependientes: (Provea la fecha del evento calificativo) Complete la Sección C

Razón de la terminación _____

(Debe incluir documentación)

Matrimonio: ___/___/___ Nuevo nacimiento: ___/___/___

Divorcio: ___/___/___ Adopción: ___/___/___

Otro: ___/___/___

Cambio de domicilio

Reintegración

Renuncia a la cobertura

Transferencia de cobertura

Cambio de nombre

Salario



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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión de hecho	Cobertura seleccionada: <input type="checkbox"/> Sólo para el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y Familia <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijos <input type="checkbox"/> Ambos cónyuges	Cobertura deseada: Empleado: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> de la Visión <input type="checkbox"/> de Vida <input type="checkbox"/> Incapacidad temporal Cónyuge: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> de la visión Hijo (hijos): <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> de la visión Plan: _____																
Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	Número de teléfono																
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												<table border="1"> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				()
DÍA	MES	AÑO																	
Empleador		Puesto/Título																	
Apellido		Nombre																	
Domicilio particular (Dirección postal)		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.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN: 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 EXCLUSIVO 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: _____

Declaración de Salud

Fecha en que se completó: ___/___/___ Fecha de Contratación: ___/___/___ Nombre del Empleador: _____

Cobertura deseada: Empleado solamente Empleado y uno o mas dependientes

Complete la siguiente información para todos los individuos que tendrán la cobertura

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Sexo	Altura	Peso
	Usted mismo (empleado)				
	Cónyuge				
	Hijo				
	Hijo				
	Hijo				
	Hijo				

INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor marque "SI" o "NO" en cada ítem y provea detalles para todas las respuestas afirmativas en el espacio destinado a tal efecto.

1. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha sido diagnosticada con alguna de las enfermedades enumeradas a continuación, ha recibido medicación o tratamiento, ha recibido atención médica o bien ha tenido síntomas que indiquen tales enfermedades?:

	SI	NO		SI	NO
a. Enfermedad de Parkinson, parálisis cerebral u otro trastorno cerebral			b. Diabetes, hipoglucemia o glucosa en orina		
c. Trastornos de la tiroides, de la glándula pituitaria, glándulas adrenales u otros trastornos del sistema endocrino			d. Úlcera, diverticulitis, enfermedad de Crohn u otros trastornos gastrointestinales		
e. Enfermedades hepáticas (Cirrosis o Hepatitis), trastornos del páncreas, riñón, vejiga, uréter o uretra			f. Trastornos de las mamas, de los órganos reproductores (infertilidad), embarazo de alto riesgo o parto prematuro		
g. Enfermedad cardiovascular, Hipertensión o Hiperlipidemia, otra enfermedad cardíaca u otra enfermedad vascular			h. Trastornos mentales/emocionales o abuso de sustancias/alcohol		
i. Dolor de pecho, apoplejía, ataque isquémico transitorio o trastorno cerebrovascular			j. Trastornos de la espalda o columna vertebral		
k. Cáncer, tumor(es), mieloma múltiple			l. Artritis reumatoide u otros trastornos de los huesos/articulaciones		
m. Miopatía, distrofia muscular u otras enfermedades musculares			n. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD por sus siglas en inglés), Enfisema, Tuberculosis, Fibrosis quística u otros trastornos respiratorios		
o. Cirrosis o hepatitis			p. Lesión de la médula espinal, esclerosis múltiple, síndrome de Guillain-Barre u otros trastornos autoinmunes		
q. Leucemia o enfermedad de Hodgkin			r. VIH, otras deficiencias inmunológicas o trastornos autoinmunes (Lupus, etc.)		
s. Aplasia, anemia falciforme u otro tipo de anemia			t. Hemofilia (cualquier tipo) u otros defectos de coagulación		
u. Traumatismo mayor o quemadura			v. Otras enfermedades, condiciones o lesiones no especificadas en la presente declaración (por ejemplo posible candidato para transplante de órganos)		

2. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha estado internado en un hospital u otra instalación de tratamiento por mas de 2 días debido a lesiones o enfermedad (física o mental) en los últimos 2 años?..... SI NO
3. ¿Está usted o alguno de los dependientes (incluido en esta solicitud o no) actualmente embarazada, atravesando alguna complicación o actualmente realizándose pruebas de infertilidad o recibiendo tratamiento por infertilidad?..... SI NO
4. Las personas incluidas en esta solicitud para recibir la cobertura, ¿han consultado a un especialista, recibido atención médica, se han sometido a una cirugía o han sido hospitalizadas por alguna enfermedad que no haya sido especificada anteriormente?..... SI NO

Utilice este espacio para dar detalles de las preguntas 1 a 4 contestadas afirmativamente. Si usted tiene presión arterial alta por favor incluya las últimas 3 mediciones de su presión arterial.

Persona	Enumere las enfermedades y/o tratamientos específicos. Incluya tratamientos anticipados o cirugías	Fechas de Tratamiento	Medicaciones y Dosis	Estado de Recuperación

5. ¿Alguna de las personas incluidas en la presente solicitud se encuentra actualmente tomando medicación? (escriba los detalles a continuación)?..... SI NO

Persona	Nombre del Medicamento	Genérico RX? Si o No	Dosis y Frecuencia de Uso	Razón por la que fue recetado

Si necesita más lugar utilice otra hoja - firme, escriba la fecha y adjunte las páginas adicionales.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: LEER ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR

Mediante la presente el suscrito declara que las respuestas, declaraciones y la información adjunta es verdadera y completa a su leal saber y entender. El suscrito también comprende que el ocultar información puede considerarse fraude al seguro y que tal acción es pasible de enjuiciamiento. El suscrito también autoriza a cualquier proveedor de servicios médicos (persona o institución) o a cualquier otra entidad a proveer cualquier información necesaria al Administrador o a sus asesores médicos. Por lo tanto se entiende que esta información o cualquier otra información que se reciba en el futuro podría compartirse con cualquier institución o persona que el Administrador considere conveniente si fuera necesario. Una fotocopia del presente formulario tendrá la misma validez que el original.	
X	X
<i>Firma del empleado</i>	<i>Firma del cónyuge (si está incluido en la presente solicitud)</i>