

## Empleador de empresas grandes y pequeñas (con preguntas médicas) Solicitud de seguro de salud para empleados

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

**Para que la solicitud sea válida, se requiere una firma en la Sección F.**  
 Si necesita espacio adicional, use una hoja aparte y adjúntela  
 a esta solicitud (firme y escriba la fecha en la hoja adicional).

Número de grupo \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### A. Información del empleador

Nombre legal del empleador

### B. Información del empleado

Complete toda la solicitud e incluya información de su cónyuge o sus dependientes que desean cobertura.

Nombre, inicial del segundo nombre y apellido		Apellido anterior (si corresponde)			Estado civil:	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (m/d/a)	Estatura	Peso	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja de hecho
Dirección física (no se acepta apartado de correos)		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	
Dirección postal <input type="checkbox"/> Igual que la dirección física		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	
Número de teléfono de la casa (código de área)		Número de teléfono del trabajo (código de área)		Número de teléfono celular (código de área)		
Dirección de correo electrónico			Proveedor de atención primaria/Centro			

#### Estado laboral y elección que califica:

Trabajador activo: Fecha de contratación/recontratación (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de cambio de tiempo parcial a tiempo completo (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    **O** Fecha de reintegro (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Jubilado: Fecha (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si se inscribe debido a una pérdida de cobertura, envíe un comprobante de pérdida con su solicitud.

COBRA o continuación del estado: Fecha de inicio (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Fecha de finalización (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Motivo de inscripción especial \_\_\_\_\_ Fecha del evento (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Raza u origen étnico:

Blanco     Negro o afroamericano     Hispano o latino  
 Asiático     Indio americano o nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico     Especifique \_\_\_\_\_

#### Idioma principal que se habla en su hogar:

Inglés  
 Especifique \_\_\_\_\_

#### Cobertura deseada:

Individual     Empleado + cónyuge     Empleado + hijos(s)     Familiar

#### RENUNCIA A LA COBERTURA (vaya a la Sección G: Renuncia a la cobertura de salud)

Si está casado y solo selecciona cobertura para usted, complete la sección G para su cónyuge/dependiente.

**C. Información de dependientes** *Enumere todas las personas que se inscriben en la cobertura (cónyuge, dependientes)*

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (m/d/a)	Sexo	Número de Seguro Social	Relación	Nombre y centro del profesional de atención primaria	14 años y más	
						Estatura	Peso
	__ / __ / __	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho*			
	__ / __ / __	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Hijo/hijastro <input type="checkbox"/> _____			
	__ / __ / __	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Hijo/hijastro <input type="checkbox"/> _____			
	__ / __ / __	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Hijo/hijastro <input type="checkbox"/> _____			
	__ / __ / __	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Hijo/hijastro <input type="checkbox"/> _____			

\* Si lo permite su plan.

¿Alguno de los miembros de su familia mencionados con anterioridad vive en una dirección diferente?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, indique el nombre y la dirección \_\_\_\_\_

**D. Información sobre otra cobertura de salud y Medicare**

1. Si usted, su cónyuge o sus hijos dependientes mencionados en esta solicitud tienen cobertura actual que continuará después de que comience su cobertura de Security Health Plan, complete la siguiente tabla.

Suscriptor		Fecha de nacimiento (m/d/a)
Compañía de seguros	Número de grupo	Número de póliza
<b>Miembros de la familia cubiertos</b>		<b>Tipo de cobertura:</b>
		<input type="checkbox"/> Cobertura de salud grupal del empleador
		<input type="checkbox"/> Cobertura de medicamentos únicamente
		<input type="checkbox"/> Cobertura de salud individual

2. ¿Usted o los miembros de su familia son elegibles para Medicare?  Sí  No

Si la respuesta es sí, complete la siguiente información o adjunte una copia de su tarjeta de Medicare.

Nombre de la persona cubierta por Medicare \_\_\_\_\_ Número de tarjeta de Medicare \_\_\_\_\_

Motivo por el que es elegible para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedad renal terminal (ESRD)

Discapacidad total

Fechas de entrada en vigencia: Parte A \_\_\_\_\_ Parte B \_\_\_\_\_ Parte C (Medicare Advantage) \_\_\_\_\_

Parte D \_\_\_\_\_

## E. Información de salud

Asegúrese de proporcionar datos de salud completos y detallados a continuación. Como empleado de un grupo que es nuevo en Security Health Plan, esta información es importante para comprender los posibles riesgos de salud e identificar las necesidades de bienestar y administración de la atención de los empleados.

1. ¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud toma medicamentos con receta?:  Sí  No

Si la respuesta es sí, complete la siguiente tabla:

Nombre de la persona	Nombre del medicamento	Nombre de la persona	Nombre del medicamento

2. ¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud fumó o consumió tabaco que no se fuma en los últimos 6 meses?:  Sí  No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre de cada persona (nos reservamos el derecho de verificar esta información):

--	--	--	--

3. ¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud alguna vez recibió un diagnóstico o tratamiento de diabetes?:  Sí  No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la persona: \_\_\_\_\_  Tipo 1  Tipo 2

Fecha del primer diagnóstico (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha del último tratamiento (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

4. ¿En la actualidad, es usted o es algún dependiente una mujer embarazada o un futuro padre?:  Sí  No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Fecha de parto (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5. ¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud alguna vez recibió un diagnóstico o tratamiento de cáncer?:  Sí  No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Ubicación o tipo de cáncer: \_\_\_\_\_

Describa el tratamiento \_\_\_\_\_

Fecha del primer diagnóstico (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha del último tratamiento (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sin recurrencia

Fecha de recurrencia (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Describa \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud alguna vez recibió un diagnóstico o tratamiento de cardiopatía?:  Sí  No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Describa la enfermedad \_\_\_\_\_

Describa el tratamiento \_\_\_\_\_

Fecha del primer diagnóstico (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha del último tratamiento (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

7. En los últimos 5 años, alguna de las personas mencionadas en esta solicitud (que tendrán cobertura mediante este seguro):

- a. ¿Tuvo alguna otra lesión, enfermedad o tratamiento por alguna afección no mencionada?:  Sí  No  
Si la respuesta es sí, mencione el nombre de la persona \_\_\_\_\_ Describa (incluya la fecha) \_\_\_\_\_
- b. ¿Estuvo hospitalizada o se le programó una hospitalización?:  Sí  No  
Si la respuesta es sí, mencione el nombre de la persona \_\_\_\_\_ Describa (incluya la fecha) \_\_\_\_\_
- c. ¿Se sometió a una cirugía o se le programó una cirugía?:  Sí  No  
Si la respuesta es sí, mencione el nombre de la persona \_\_\_\_\_ Describa (incluya la fecha) \_\_\_\_\_
- d. ¿Se sometió a una prueba o tiene una prueba programada?:  Sí  No  
Si la respuesta es sí, mencione el nombre de la persona \_\_\_\_\_ Describa (incluya la fecha) \_\_\_\_\_
- e. ¿Recibió una recomendación de someterse a una prueba o una cirugía que no se hicieron por algún motivo no mencionado en esta solicitud? (No buscamos conocer los resultados de la prueba de anticuerpos del VIH):  Sí  No  
Si la respuesta es sí, mencione el nombre de la persona \_\_\_\_\_ Describa (incluya la fecha) \_\_\_\_\_

8. ¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud tiene antecedentes de algún trasplante, se la está considerando para recibir un trasplante, se encuentra o se la está considerando para ingresar en una lista para recibir un trasplante, o tiene programado un trasplante?:  Sí  No  
Si la respuesta es sí, describa (incluya la fecha) \_\_\_\_\_

## F. Términos y condiciones

- Todos los enunciados y las respuestas de esta solicitud son declaraciones hechas por el solicitante en su propio nombre y para las otras personas nombradas en esta solicitud para generar la emisión de los contratos solicitados.
- Sujeto a la aceptación de esta solicitud por parte de Security Health Plan of Wisconsin, Inc., se entiende y acuerda que cada participante acepta proporcionar a Security Health Plan of Wisconsin, Inc. todos los informes médicos y quirúrgicos, los registros y otra información, según se solicite, para procesar las reclamaciones. Esto podría incluir firmar un formulario para la divulgación de información de hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica a Security Health Plan of Wisconsin, Inc.
- Sujeto a la aceptación de esta solicitud por parte de Security Health Plan of Wisconsin, Inc., el solicitante autoriza a los grupos nombrados como agente que remite a deducir de su salario o sueldo un monto igual a (a) las tarifas de suscripción existentes o (b) la diferencia entre las tarifas de suscripción existentes y la contribución realizada por su empleador.
- Cualquier tergiversación incluida en esta solicitud y en la que se haya basado la aseguradora de salud puede utilizarse para reducir o rechazar una reclamación o anular el contrato dentro del período de contestabilidad si dicha tergiversación afecta significativamente la aceptación de los riesgos. También comprendo que, si rechazo cualquier cobertura, los futuros cambios en la cobertura NO son automáticos y pueden estar sujetos a la aprobación de la aseguradora de salud. También comprendo y reconozco que cualquier persona con la intención de estafar o el conocimiento de facilitar una estafa contra una aseguradora de salud, que presente una solicitud o una reclamación con una declaración fraudulenta o falsa está cometiendo un delito.
- Este formulario es una solicitud de cobertura únicamente. Independientemente de cualquier pago por adelantado de las primas, la póliza solicitada entrará en vigencia solo cuando Security Health Plan of Wisconsin, Inc. acepte esta solicitud, lo que se evidenciará mediante la emisión de una tarjeta de identificación y un folleto/certificado.

**Acepto que las respuestas anteriores son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y se brindan para generar la emisión de la póliza que solicito y como parte de ella. Solicito la inscripción de acuerdo con los términos y condiciones anteriores.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante (obligatoria)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha (m/d/a)

**Si está renunciando a una cobertura para CUALQUIER PERSONA, asegúrese de firmar la página 5 de la solicitud.**

**Cualquier persona que presenta deliberadamente una reclamación fraudulenta o falsa por el pago de una pérdida o que presenta deliberadamente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.**

**Complete esta sección si alguien lo ayudó a completar esta solicitud.**

La siguiente persona me ayudó a completar la solicitud \_\_\_\_\_

Explique su relación con el solicitante \_\_\_\_\_

## G. Renuncia a la cobertura de salud

Entiendo que, si rechazo la cobertura en este momento para mi cónyuge/pareja de hecho, para mis hijos dependientes o para mí y solicito la cobertura en una fecha posterior, es posible que deba o deban esperar hasta la fecha de inscripción anual.

1. Entiendo que soy elegible para solicitar un seguro de salud grupal a través de mi empleador. No deseo un seguro de salud grupal y, por este medio, renuncio a dicho seguro para las siguientes personas: (marque [✓] todas las casillas que correspondan)

Para mí  Para mi cónyuge  Para mis hijos dependientes \_\_\_\_\_

2. Motivo por el que renuncio al seguro de salud grupal: (marque [✓] todas las casillas que correspondan)

Tendré (o los dependientes tendrán) cobertura de otro plan de beneficios de salud.

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

La contribución de primas anualizadas que pagaré en mi nombre o en el de mi cónyuge o mis hijos dependientes superaría el 10% de mis ganancias brutas anualizadas de este empleador (solo se aplica a pequeños empleadores).

Otros motivos \_\_\_\_\_

### Renuncia:

Certifico que tuve la oportunidad de solicitar un seguro de salud grupal y me niego a inscribirme, como se indicó anteriormente, en mi nombre, y en el nombre de mi cónyuge y de mis hijos dependientes. Entiendo que, al firmar esta renuncia, mi cónyuge, mis hijos dependientes o yo perdemos el derecho a la cobertura. Mi empleador, el agente o las aseguradoras de salud no me presionaron, forzaron ni indujeron injustamente a renunciar o rechazar el seguro de salud grupal. Si en el futuro solicito cobertura, mi cónyuge, cualquiera de mis hijos dependientes de 19 años y mayores, o yo podremos ser tratados como personas inscritas tardíamente y estar sujetos a aplazamientos.

Entiendo que, si rechazo la inscripción para mí, mi cónyuge o mis hijos dependientes por otro seguro de salud, en el futuro podré inscribirme e inscribir a mi cónyuge y a mis hijos dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción en el plazo de los 31 días posteriores a la finalización de mi otra cobertura de salud. Además, si paso a tener un cónyuge o hijos dependientes como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, entiendo que puedo inscribirme e inscribir a mi cónyuge y a mis hijos dependientes, siempre que solicite la inscripción en el plazo de los 31 días posteriores al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción. Entiendo que puedo obtener información sobre inscripción de mi empleador o compañía de seguros de salud grupal.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (m/d/a) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si está eligiendo cobertura para usted, asegúrese de firmar la página 4 de la solicitud.

## H. Aviso sobre no discriminación

Security Health Plan of Wisconsin, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual ni estado de salud.

### Servicios lingüísticos para personas con dominio limitado del inglés

**ATTENTION:** If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-472-2363 (TTY 711).

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-472-2363 (TTY 711).

**LUS CEEV:** Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-472-2363 (TTY 711).