SecurityHealth Plan℠
Promises kept, plain and simple.®

1515 North Saint Joseph Avenue
P.O. Box 8000
Marshfield, WI 54449-8000

1.800.472.2363 | 715.221.9555
TTY 711 | Fax: 715.221.9974

Empleador grande (existente) y pequeño (nuevo/existente) (sin preguntas médicas)

Solicitud de seguro de salud para empleados

Se requiere una firma en la Sección E o F para que la solicitud sea válida.
Si necesita espacio adicional, use una hoja de papel separada y adjúntela a esta solicitud (firmar y fechar la hoja adicional).

Número de grupo _____

Fecha de entrada en vigencia (m/d/a)
_____ /_____ /_____

A. Información del empleador

Nombre del empleador

B. Información del empleado *Complete toda la solicitud e incluya la información de su cónyuge o dependientes a los que quiere incluir en la cobertura.*

Nombre, inicial del segundo nombre y apellido		Apellido de soltera (si corresponde)		Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Pareja de hecho
Sexo asignado al nacer ☐ Masculino ☐ Femenino	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (m/d/a)		
Dirección física (no se aceptan apartados postales)		Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL / Condado
Dirección postal ☐ Igual que la dirección física		Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL / Condado
Número de teléfono de casa (código de área)	Número de teléfono del trabajo (código de área)		Número de teléfono celular (código de área)	
Dirección de correo electrónico		Proveedor o centro de atención primaria		

Situación laboral y elección de calificación:

☐ Empleo activo: Fecha de contratación/recontratación (m/d/a) ____ / ____ / ____
Fecha de cambio de tiempo parcial a tiempo completo (m/d/a) ____ / ____ / ____
O Fecha de retorno al trabajo (m/d/a) ____ / ____ / ____

☐ Fecha de jubilación (m/d/a) ____ / ____ / ____

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

☐ COBRA o continuación estatal: Fecha de inicio (m/d/a) ____ / ____ / ____ Fecha de finalización (m/d/a) ____ / ____ / ____

☐ Inscripción especial *(se requiere la documentación, el evento habilitante y la fecha del evento)*
Fecha del evento (m/d/a) ____ / ____ / ____
☐ Nacimiento/adopción ☐ Casamiento ☐ Mudanza permanente ☐ Pérdida de cobertura
☐ HRA de cobertura individual

Raza u origen étnico:
☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano o latino
☐ Asiático ☐ Nativo americano ☐ Nativo de Alaska
☐ Nativo de Hawái ☐ Isleño del Pacífico
☐ Especificar _____

Idioma principal que se habla en casa:
☐ Inglés
☐ Especificar _____

Cobertura deseada: ☐ Individual ☐ Empleado + cónyuge ☐ Empleado + hijo(s) ☐ Familia
RENUNCIA A LA COBERTURA ***(pase a la Sección F. Exención de cobertura de salud)***
Si está casado(a) y solo selecciona cobertura para usted, complete la Sección F para su cónyuge/dependiente.

© 2025 Security Health Plan of Wisconsin, Inc. Todos los derechos reservados. Se debe solicitar a Security Health Plan of Wisconsin, Inc. el permiso por escrito para reproducir o transmitir este documento en cualquier forma o por cualquier medio.

C. Información de dependientes *Incluya una lista de todas las personas que inscribirá en la cobertura (cónyuge, dependientes)*

Nombre *(Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*	**Fecha de nacimiento** *(m/d/a)*	***Sexo asignado al nacer***	**N.º de Seguro Social**	**Relación**	**Nombre y centro del médico de atención primaria**
	___/___/___	☐ Masculino ☐ Femenino		☐ Cónyuge ☐ Pareja de hecho*	
	___/___/___	☐ Masculino ☐ Femenino		☐ Hijo/hijastro ☐ _____	
	___/___/___	☐ Masculino ☐ Femenino		☐ Hijo/hijastro ☐ _____	
	___/___/___	☐ Masculino ☐ Femenino		☐ Hijo/hijastro ☐ _____	
	___/___/___	☐ Masculino ☐ Femenino		☐ Hijo/hijastro ☐ _____	

* Si su plan lo permite

¿Alguno de los miembros de la familia indicados vive en una dirección diferente? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique el nombre y la dirección

D. Información sobre otras coberturas de salud o Medicare

1. **Si usted, su cónyuge o su(s) hijo(s) dependiente(s) indicado(s) en esta solicitud tiene(n) una cobertura actual que continuará después de que comience la cobertura de Security Health Plan, complete la siguiente tabla o envíe una copia de su tarjeta de seguro.**

Suscriptor de otra cobertura de salud o Medicare		Fecha de nacimiento (m/d/a) _____ / _____ / _____
Compañía de seguros	Número de grupo	Número de la póliza
Miembros de la familia cubiertos		**Tipo de cobertura:**
		☐ Cobertura de salud grupal del empleador
		☐ Cobertura para medicamentos solamente
		☐ Cobertura de salud individual

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

En caso afirmativo, complete lo siguiente o adjunte una copia de su tarjeta de Medicare.
Nombre de la persona con cobertura de Medicare _____
Número de tarjeta de Medicare _____
Es elegible para Medicare porque: ☐ Tiene más de 65 años ☐ Tiene insuficiencia renal terminal (IRT)
☐ Tiene una discapacidad total
Fechas de entrada en vigencia (m/d/a): Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___
Parte C (Medicare Advantage)___/___/___ Part D ___/___/___

© 2025 Security Health Plan of Wisconsin, Inc. Todos los derechos reservados. Se debe solicitar a Security Health Plan of Wisconsin, Inc. el permiso por escrito para reproducir o transmitir este documento en cualquier forma o por cualquier medio.

E. Términos y condiciones

- Todas las declaraciones y respuestas en esta solicitud son declaraciones hechas por el solicitante en su propio nombre y en nombre de las otras personas mencionadas en esta solicitud para llevar a cabo 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 da su consentimiento para proporcionar a Security Health Plan of Wisconsin, Inc. todos los informes médicos y quirúrgicos, registros y otra información que 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 al grupo indicado como su agente de remisión a deducir de su sueldo o salario un monto igual a a) las tarifas de suscripción existentes o b) la diferencia entre las tarifas de suscripción existentes y el aporte realizado por su empleador.
- Cualquier tergiversación contenida en esta solicitud y en la que se basa la aseguradora puede utilizarse para reducir o denegar una reclamación o anular el contrato dentro del período impugnable si dicha tergiversación afecta materialmente la aceptación del riesgo. También entiendo que si rechazo cualquier cobertura, los cambios futuros en la cobertura NO son automáticos y pueden estar sujetos a la aprobación de la aseguradora. Además, entiendo y confirmo que cualquier persona que, con la intención de defraudar o con conocimiento de facilitar un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o reclamación utilizando una declaración falsa o engañosa está cometiendo un delito.
- Este formulario es solo una solicitud de cobertura. Independientemente de cualquier pago anticipado de primas, la póliza solicitada entrará en vigencia solo después de la aceptación de esta solicitud por parte de Security Health Plan of Wisconsin, Inc., que será evidente mediante la emisión de una tarjeta de identificación y un folleto/certificado**.**
- Security Health Plan of Wisconsin, Inc. puede solicitar prueba de documentación relacionada con la elegibilidad de inscripción de un empleado. El empleado se compromete a colaborar con la entrega de la documentación solicitada.

Acepto que las respuestas anteriores son verdaderas y están completas a mi leal saber y entender, y que se presentan para llevar a cabo la emisión de la póliza que estoy solicitando y como parte de esta. Solicito la inscripción sujeta a los términos y condiciones anteriores.

_____ _____/_____/_____
Firma del solicitante (requerida) Fecha (m/d/a)

Si está renunciando a la cobertura de UNA PERSONA, no olvide firmar la página 3 de la solicitud.

Una persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y es posible que esté sujeto a multas o a una orden de reclusión en una prisión.

Complete esta sección si alguien le ayudó a completar esta solicitud.

La siguiente persona me ayudó a completar la solicitud _____

Explicar su relación con el solicitante _____

© 2025 Security Health Plan of Wisconsin, Inc. Todos los derechos reservados. Se debe solicitar a Security Health Plan of Wisconsin, Inc. el permiso por escrito para reproducir o transmitir este documento en cualquier forma o por cualquier medio.

F. Exención de cobertura de salud

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

1. **Entiendo que soy elegible para solicitar un seguro de salud grupal a través de mi empleador. No quiero, y por la presente renuncio, al seguro de salud grupal para las siguientes personas:** *(marcar [✓] todas las casillas que correspondan)*
   ☐ Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo(s) dependiente(s), indicar nombres _____
2. **Estoy renunciando al seguro de salud grupal porque:** *(marcar [✓] todas las casillas que correspondan)*
   ☐ Yo (o cualquier dependiente) tendrá la cobertura de otro plan de beneficios de salud.
   Nombre de la compañía de seguros _____
   ☐ El aporte a la prima anualizada que debo pagar en mi nombre o en el de mi cónyuge o hijo dependiente excedería el 10 % de mis ingresos brutos anualizados de este empleador (aplicable solo para empleadores pequeños).
   ☐ Otro motivo _____

Renuncia:

Certifico que se me ha dado la oportunidad de solicitar un seguro de salud grupal y me niego a inscribirme como se indicó anteriormente, en mi nombre, en el de mi cónyuge o en el de mis hijos dependientes. Entiendo que, al firmar esta renuncia, yo, mi cónyuge o mi(s) hijo(s) dependiente(s) perdemos el derecho a la cobertura. No fui presionado, forzado ni injustamente inducido por mi empleador, el agente o la(s) aseguradora(s) a renunciar o rechazar el seguro de salud grupal. Si, en el futuro, solicito cobertura, yo, mi cónyuge o cualquiera de mis hijos dependientes mayores de 19 años podemos ser tratados como afiliados tardíos y sujetos a aplazamiento.

Entiendo que si rechazo la inscripción para mí, mi cónyuge o mi(s) hijo(s) dependiente(s) debido a otro seguro médico, es posible que en el futuro pueda inscribirme a mí, a mi cónyuge o a mi(s) hijo(s) dependiente(s) en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de mi otra cobertura médica. Además, si tengo un cónyuge o hijo(s) dependiente(s) como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, entiendo que puedo inscribirme a mí mismo, a mi cónyuge o a mi(s) hijo(s) dependiente(s), siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Entiendo que puedo obtener información de inscripción de mi empleador o compañía de seguros de salud grupales.

Firma _____ **Fecha (m/d/a)** ____ /____ /____

Si está eligiendo la cobertura para usted, no olvide firmar la página 2, Sección E, de la solicitud.

G. Aviso de no discriminación

Security Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, embarazo y afecciones relacionadas, sexo (incluida la orientación sexual, la identidad de género, los estereotipos sexuales, las características sexuales y los rasgos intersexuales), edad, discapacidad, estado de salud, estado civil, antecedentes de arresto o condena o participación militar en la administración del plan, incluidas las determinaciones de inscripción y beneficios.

Servicios lingüísticos con dominio limitado del inglés

ATENCIÓN: Si habla otro idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin costo. Llame al 1-800-472-2363 (TTY: 711).

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).

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).

Si necesita materiales en letra grande, llame al 1-800-472-2363 (TTY 711).

© 2025 Security Health Plan of Wisconsin, Inc. Todos los derechos reservados. Se debe solicitar a Security Health Plan of Wisconsin, Inc. el permiso por escrito para reproducir o transmitir este documento en cualquier forma o por cualquier medio.