



Health Plan  
PO Box 27489  
Albuquerque, New Mexico 87125-7489  
(505) 923-5700 / Toll-Free 1-800-356-2219

Insurance Company, Inc.  
PO Box 26267  
Albuquerque, New Mexico 87125-6267  
505) 923-6980 / Toll-Free 1-800-923-6980

**PLANILLA DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO**

Tipo de Acción  
 Nueva Inscripción  
 Fecha de Terminación \_\_\_\_\_  
 Orden judicial de fuera de la zona de servicio  
 Fecha del Matrimonio \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Otra Fecha \_\_\_\_\_

**Esta Sección debe llenarla el Empleador**  
 Nombre del Grupo del Empleador \_\_\_\_\_  
 Nº del Grupo del Empleador \_\_\_\_\_  
 Firma del Empleador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Presbyterian sirve para mejorar la salud de los individuos, de las familias y de las comunidades**

RENUNCIA:  Por la presente renuncio a la Cobertura de Seguro Médico del Presbyterian. (Llene la Sección A, firme y ponga la fecha en la planilla)

RAZÓN DE LA RENUNCIA:  No está Cubierto por el Plan  Está cubierto por un Plan Comercial Individual; Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Está cubierto por otro Plan en Grupo Colectivo de su Empleador; Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Tiene Otra Cobertura de Seguro; Explíquelo \_\_\_\_\_

**SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Apellido del Empleado		Primer Nombre		Inicial	Nº de Seguro Social	
Dirección Postal	Nº de Apartamento	Ciudad	Condado		Estado	Código Postal
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) Fecha del Matrimonio _____		Género/Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Nº de Teléfono de su Casa ( )		Nº de Teléfono del Trabajo ( )	

**SECCIÓN B: INFORMACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO**

No todos los empleadores ofrecen varios planes de salud. Su selección se limita a los planes de beneficios que su empleador pone a su disposición. Cualquier dificultad en los beneficios hará que se examine el plan de beneficios que haya seleccionado su empleador. Sírvase examinar la información que se encuentra en sus materiales de inscripción o comuníquese con el coordinador de sus beneficios si usted no está seguro sobre los tipos de planes de beneficios que están a su disposición. Usted deberá seleccionar la cobertura de seguro de acuerdo al plan de beneficios de salud que haya hecho su empleador Si su empleador brinda dos Planes de Beneficios del Presbyterian, o más, usted debe seleccionar uno:  HMO  POS  PPO  Indemnización

La Cobertura se Aplica para  Soltero(a)  Dos Personas  Familia  Empleado y su(s) Hijo(os)

**SECCIÓN C: INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES**

Llene esta Sección sólo para los Planes HMO o POS

	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Nº de Seguro Social (para todos los Miembros del Plan que se enumeran)	Fecha de Nacimiento	Género/ Sexo	Médico de Cabecera	¿Ya ha establecido una relación profesional con este médico?
Empleado					/ /			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge Legal					/ /			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo(a)					/ /			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo(a)					/ /			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo(a)					/ /			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información sobre el (los) Dependiente(s) que vive(n) Fuera de la Zona de Servicio (FZS), cuya cobertura de seguro se requiere por orden judicial: Apellido del Dependiente: \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_  
 Nº de Seguro Social \_\_\_\_\_ Dirección Postal del Dependiente FZS: Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Requieren usted o alguno de sus dependientes ayuda debido a alguna incapacidad? Si es así, describa la incapacidad.

¿Hablan usted o alguno de sus dependientes algún idioma que no sea inglés? Si es así, ¿cuál es ese idioma? \_\_\_\_\_ ¿Es éste su idioma principal?  Sí  No

**SECCIÓN D: COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS**

¿Le seguirá cubriendo algún otro seguro de salud o HMO, ya sea a usted o a otro miembro de su familia que se haya enumerado más arriba?  Sí  NO

Si es así, ¿cómo de llama la Compañía de Seguros? \_\_\_\_\_ Si es así, dénos el(los) nombre(s) del (de los) miembro(s) del plan \_\_\_\_\_

¿Tiene usted cobertura del Medicare, o la tiene algún miembro de su familia que se enumere en lo anterior?  Sí  NO

Si es así, dénos el nombre de dicho miembro de su familia, su Nº del Medicare, Fecha de Vigencia de la Cobertura del Medicare,  Parte A,  Parte B

**SECCIÓN E: INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Empleo \_\_\_\_\_ Fecha en que fue empleado inicialmente o de nuevo \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nº de horas que trabaja por semana \_\_\_\_ Fecha de vigencia de la Cobertura de Seguro \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: USTED DEBE LEER EL DORSO DE ESTA SOLICITUD.** Al firmar esta solicitud, certifico que he leído ambos lados de esta solicitud, además certifico mi autoridad presente y continuada para actuar en nombre de los dependientes que se enumeran más arriba y para comprometerlos completamente respecto a todas las estipulaciones del Acuerdo de Suscriptores Colectivos

Firma del Empleado	Fecha	Firma de su Cónyuge (Si se está inscribiendo)	Fecha
--------------------	-------	--	-------

**CUALQUIER PERSONA QUE INTENCIONALMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA UN PAGO POR HABER PERDIDO SUS BENEFICIOS O QUE INTENCIONALMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGUROS ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETO A MULTAS CIVILES Y A PENAS CRIMINALES**

## LE ROGAMOS QUE LEA ESTOS ACUERDOS ATENTAMENTE

### **Descuento del Sueldo**

Por la presente, autorizo que mi empleador descuente del cheque de mi sueldo cualquier contribución que se requiera para los beneficios colectivos que yo puedo recibir.

### **Divulgación de la Información Protegida sobre la Salud**

POR LA PRESENTE, otorgo mi consentimiento para que cualquier persona o entidad, incluso los profesionales médicos, los proveedores médicos y las compañías de seguros, entre otros, utilicen o divulguen la Información Protegida sobre mi Salud (IPS) sin limitación, es decir hasta el punto que permita la ley aplicable, a Presbyterian Health Plan o a Presbyterian Insurance Company o a sus designados para cualquier fin que se permita; incluso para garantizar la calidad, la investigación de la utilización de los servicios, el procesamiento de las reclamaciones, los informes de auditoría o para otros fines relacionados al tratamiento, al pago o a las actividades operacionales de Presbyterian Health Plan o Presbyterian Insurance Company. Sin embargo, este consentimiento no permite que se use mi IPS en los casos en que se requiere por ley una autorización específica.

### **Acuerdo de Suscriptores Colectivos / Resumen de la Descripción del Plan / Certificado de Seguro**

Comprendo que recibiré mi Acuerdo de Suscriptores Colectivos, el Resumen de la Descripción del Plan o el Certificado de Seguro de Presbyterian Health Plan o de Presbyterian Insurance Company que proporcione información respecto a los beneficios, las limitaciones y las exclusiones que son aplicables a mi plan de seguro de salud. Comprendo que la cobertura para la cual soy elegible se me explicará más ampliamente si lo solicita un Representante de Presbyterian o mi oficina de personal. Comprendo que la cobertura del seguro de salud está sujeta a las fechas de elegibilidad que hayan especificado mi empleador y Presbyterian Health Plan o Presbyterian Insurance Company y que seré responsable de pagar por cualquier tratamiento que se reciba fuera de estas fechas. Acepto que debo cumplir con las estipulaciones de la cobertura del seguro según se explique en el Acuerdo de Suscriptores Colectivos, en el Resumen de la Descripción del Plan o en el Certificado de Seguro bajo el plan en que estoy inscrito. Comprendo que es mi responsabilidad informar a mi empleador de cualquier cambio en la elegibilidad de mis dependientes antes de que pasen 31 días de cuando ocurra eso, o según lo especifique el Acuerdo de Suscriptores Colectivos.

### **Renuncia de la Cobertura del Seguro de Salud**

Comprendo que al rehusar la cobertura de Presbyterian Health Plan o de Presbyterian Insurance Company, Inc. para mí mismo(a) (y para mi familia, si es aplicable), por medio de mi empleador:

1. No puedo elegir o inscribirme en esta cobertura hasta el siguiente período de inscripción abierta, a menos que experimente una pérdida involuntaria de la cobertura de seguro, o si añado un nuevo dependiente.
2. En el futuro, bajo ciertas circunstancias podré inscribirme (y a mi familia, si es aplicable) en el plan, con tal que solicite la inscripción antes de 31 días después de que termine la otra cobertura de seguro.
3. Además, si añado un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, o de adopción o de que esté viviendo conmigo antes de la adopción, puedo inscribirme e inscribir a mis dependientes, con tal que solicite la inscripción antes de 31 días después del matrimonio, o del nacimiento, o de la adopción o de que esté viviendo conmigo antes de la adopción,

### **Instrucciones de Inscripción**

Sírvase completar todas las secciones aplicables de la planilla referente al empleado (planilla de inscripción). Firma y ponga la fecha a la planilla y devuélvasela al Administrador de Beneficios del grupo de su empleador. El Administrador de Beneficios escribirá la fecha en que su plan se pondrá en vigor. Dicha fecha es cuando comienza su cobertura bajo Presbyterian Health Plan o Presbyterian Insurance Company. Cualquier servicio que se proporcione antes de esa fecha no será cubierto por Presbyterian Health Plan ni por Presbyterian Insurance Company.

Guarde la copia amarilla de la planilla referente al empleado (planilla de inscripción) en sus archivos.