

1. Información personal

Nombre de la compañía		Núm. de teléfono del empleador		Nombre del puesto del empleado		Fecha de contratación a tiempo completo	
Apellido del empleado						Núm. de Seguro Social del empleado	
Nombre del empleado						Fecha de nacimiento (Mes/día/año)	
						Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Domicilio de casa				Ciudad		Estado	
						Código postal	
Núm. de teléfono (casa)		Domicilio postal (si es diferente)					

2. Selección de beneficios médicos

Sólo escoja un plan de HMO o PPO

HMO		PPO	
<input type="checkbox"/> Cal Choice 5 <input type="checkbox"/> Cal Choice 10 <input type="checkbox"/> Cal Choice 20 Escoja un Plan de Servicios de Atención Médica de HMO:		<input type="checkbox"/> Elect Open Access (Health Net) <input type="checkbox"/> PPO 15 <input type="checkbox"/> PPO 25 <input type="checkbox"/> PPO 45 <input type="checkbox"/> PPO 2250	
		LA DISPONIBILIDAD DEL PLAN PPO SE BASARÁ EN LA ELEGIBILIDAD DEL GRUPO Y PODRÍA ESTAR SUJETA A CAMBIOS	

Sólo para PPO: se debe llenar un Formulario de Verificación de Estudiante de Tiempo Completo para todos los hijos de 19 a 24 años de edad.

3. Inscripciones/Información sobre la familia (médica y/o dental)

Soltero Casado **Cobertura médica:** Sólo del empleado Empleado y cónyuge Empleado y familia Empleado e hijos Empleado y pareja de hecho (Se requiere declaración jurada) Solicitud SÓLO para cobertura de vida

NO conteste esta sección para usted o sus dependientes si no escoge la cobertura médica O dental. Si se proporciona información sobre los miembros y no se completa la sección de renuncia a cobertura, se les inscribirá automáticamente.

MIEMBRO	Apellido	Nombre	Sexo	Relación con el empleado	Núm. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Médico de Atención Primaria*	Núm. de identificación y ciudad del médico	¿Paciente actual?	¿Discapacitado?
EMPLEADO									S / N	
CÓNYUGE			M / F	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho	- -	/ /			S / N	
HIJO/A			M / F		- -	/ /			S / N	S / N
HIJO/A			M / F		- -	/ /			S / N	S / N
HIJO/A			M / F		- -	/ /			S / N	S / N

Marque aquí si desea que su Plan de Servicios de Atención Médica le asigne su Médico de Atención Primaria (PCP).
 *Por favor asegúrese de verificar que su PCP tiene contrato con la aseguradora de su elección antes de inscribirse. A los nuevos empleados que se agreguen a los grupos existentes se les asignará automáticamente un PCP si no escogen uno o si el PCP no tiene contrato con el plan de salud seleccionado.

4. BENEFICIOS OPCIONALES

Antes de contestar esta Sección, por favor pregunte al administrador de su plan de salud si su empleador ofrece algunos de los beneficios que figuran a continuación.

SEGURO DE VIDA

Fecha de nacimiento del empleado	Estado civil del empleado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Sexo del empleado M / F	Nombre del puesto	Cantidad del seguro de vida
Nombre completo del beneficiario		Relación con el beneficiario		Fecha de nacimiento de los beneficiarios
				¿Estudiante de tiempo completo? (si es el hijo/la hija)

Si el beneficiario no es el cónyuge, se requiere la firma del cónyuge: _____

COBERTURA DENTAL

Cobertura Dental: Sólo del empleado Empleado y cónyuge Empleado y familia Empleado e hijos Empleado y pareja de hecho (Se requiere declaración jurada)

Los dependientes para el seguro dental también deben serlo para el médico, excepto que sean Voluntary 3000

<input type="checkbox"/> Dental Plan 1000 <input type="checkbox"/> Dental Plan 3000 <input type="checkbox"/> Voluntary Dental 3000 SECURITY LIFE → <input type="checkbox"/> Dental Plan 4000 <input type="checkbox"/> Dental Plan 5000	Si escoge los planes 1000 ó 3000, debe seleccionar un dentista: Dentista: _____	Núm. de identificación: _____
<input type="checkbox"/> Marque si el dentista es proveedor actual <input type="checkbox"/> Marque si desea que se le asigne un dentista		

PREMIUM ONLY PLAN (P.O.P.)

Deseo que se pague antes de los impuestos mi parte de las primas de seguro que califiquen: SÍ NO

POR FAVOR FIRME Y FECHÉ AL REVERSO DEL FORMULARIO LAS SECCIONES QUE SE APLIQUEN

5. Lea, firme y feche a continuación

Solicitantes de COBRA

Al presentar esta solicitud firmada, estoy de acuerdo y entiendo que el plan participante que he escogido por medio del Programa CaliforniaChoice automáticamente impone un derecho de retención sobre cualquier pago de fondos de cualquier fuente por los servicios que se presten en conjunción con una lesión que resulte de acciones u omisiones de un tercero.

Entiendo también que de conformidad con los términos del Contrato del plan participante, estoy de acuerdo en renunciar en mi nombre y el de mis dependientes a todos los derechos para presentar cualquier polémica o disputa ante un juez o un jurado, y que se requerirá que las reclamaciones que presente yo o uno de mis dependientes, mi cónyuge, heredero o representante personal se sometan a arbitraje obligatorio después de haberse agotado las alternativas del procedimiento de quejas formales del plan participante si dichas reclamaciones se presentan en contra del plan participante que yo haya seleccionado por medio del Programa CaliforniaChoice y/o una asociación de médicos independientes o grupos médicos y/o uno de los empleados, representantes o directivos de dichas organizaciones. Así mismo, toda disputa con respecto a la negligencia médica y/o negligencia profesional de un médico de atención primaria o especialista que tenga contrato con la asociación de médicos independientes o grupos médicos que tengan contratos con el plan participante se determinará sometiéndose a arbitraje obligatorio conforme se acuerde entre el empleador y el plan participante.

Estoy de acuerdo además en mi nombre y el de mis dependientes en quedar sujeto a los beneficios, pagos suplementarios, pagos deducibles, exclusiones, limitaciones y otros términos del contrato para grupos pequeños del plan participante.

Consiento y entiendo que el plan participante que he escogido por medio del Programa CaliforniaChoice está autorizado para obtener y divulgar tanto mi información médica como la de mis dependientes de conformidad con los términos del Contrato de Grupo y la Información de Seguros y la Ley de Protección de la Privacidad, Artículo 791 y subsiguientes del Código de Seguros de California. Autorizo así mismo a que se proporcionen todos mis expedientes médicos y los de mis dependientes al plan participante que he elegido por medio del Programa CaliforniaChoice o a sus agentes autorizados con el fin de realizar una de las siguientes acciones: a) la administración de esta póliza; b) la revisión por colegas para evaluaciones de calidad y la utilización de dicha revisión por parte del plan participante que he escogido por medio del Programa CaliforniaChoice o sus agentes autorizados; c) emergencias médicas auténticas; d) creación y entrega de información estadística al empleador; y e) cualquier otra excepción prescrita por ley. No se revelará la información en caso de que no sea necesaria la divulgación de nombres o la identificación de datos demográficos para realizar la acción. He leído la información que se me entregó sobre los Premium Only Plans y entiendo sus consecuencias fiscales.

Con mi firma y la entrega de esta solicitud, por medio del presente concuerdo con los términos y condiciones anteriores, y confirmo que estoy trabajando el número de horas que mi empleador considera como tiempo completo, con un mínimo de 20 horas a la semana.

- COBRA
 Cal-COBRA

Situaciones que califican:

- Término del empleo
 Reducción de horas
 Un hijo que ya no califica
 Divorcio/separación legal
 Derecho a Medicare
 Muerte del empleado

Fecha de la situación que califica

Para uso exclusivo del Empleador/Cal Choice

- Grupo nuevo – Empleado
 Empleado nuevo
 Inscripción abierta

Fecha de vigencia Div.

Núm. de grupo

Empleado: **FIRME AQUÍ PARA COBERTURA MÉDICA, DENTAL O DE VIDA:**

Fecha:



RENUNCIA A COBERTURA MÉDICA/DENTAL

Nombre del empleador:

Núm. de teléfono del empleador:

SÓLO LLENE ESTA SECCIÓN SI NO DESEA RECIBIR COBERTURA PARA USTED NI SUS DEPENDIENTES QUE CALIFIQUEN. SI SU EMPLEADO OFRECE SEGURO DE VIDA, NO SE PODRÁ RENUNCIAR A TENER ESE BENEFICIO. PARA PODER INSCRIBIRSE SE DEBEN CONTESTAR LAS SECCIONES 1, 4 y 5. NO SE PUEDE RENUNCIAR A TENER SEGURO PARA QUIROPRÁCTICA CUANDO SE INSCRIBA PARA COBERTURA MÉDICA.

Mi empleador nos a ofrecido a mis dependientes Y a mí cobertura, pero en este momento NO deseo ACEPTARLA:

RENUNCIA DEL EMPLEADO

(Marque enseguida todas las casillas que se apliquen y llene la información necesaria)

- YO MISMO** y todos mis dependientes que califican para la **COBERTURA MÉDICA** por el siguiente MOTIVO:
- Tengo cobertura con otro plan de grupo por medio de (nombre de la aseguradora de grupo): _____ Núm. de póliza _____
- Medicare Medi-Cal Póliza individual Otros motivos: _____ (se requiere una explicación)
- YO MISMO** y todos mis dependientes que califican para la **COBERTURA DENTAL** por el siguiente MOTIVO:
- Tengo cobertura con otro plan de grupo por medio de (nombre de la aseguradora de grupo): _____ Núm. de póliza _____
- Medicare Medi-Cal Póliza individual Otros motivos: _____ (se requiere una explicación)

RENUNCIA DEL DEPENDIENTE

(Marque enseguida todas las casillas que se apliquen)

- CÓNYUGE para cobertura MÉDICA PAREJA DE HECHO para cobertura MÉDICA HIJO(S) para cobertura MÉDICA
- CÓNYUGE para cobertura DENTAL PAREJA DE HECHO para cobertura DENTAL HIJO(S) para cobertura DENTAL

Entiendo que si no escojo cobertura ahora, los Administradores de Beneficios de CaliforniaChoice pueden imponer un período máximo de 12 meses de exclusión en caso de que solicite cobertura en una fecha posterior.

También entiendo que si mi empleador me ofrece cobertura de seguro de vida NO PUEDO RENUNCIAR A LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA.

No se aplicará esta disposición sobre la renuncia si: 1) un juez ordena la cobertura de un cónyuge o un hijo y la solicitud de inscripción se presenta en un plazo de 30 días de dicha orden judicial; o 2) el empleado cumple con TODOS estos requisitos: A) tiene cobertura con un plan de salud patrocinado por otro empleador en el momento de la elegibilidad inicial; B) pierde la cobertura debido al término del empleo, cambio en su situación laboral, término involuntario de la cobertura del otro plan, suspensión de las contribuciones del empleador, o la muerte o divorcio del cónyuge; C) solicita la inscripción en un plazo de 30 días de la fecha de la pérdida de cobertura.

Apellido del empleado

Número de Seguro Social del empleado

Nombre del empleado

Empleado: **FIRME AQUÍ PARA RENUNCIAR A LA COBERTURA DE SEGURO:**

Fecha:

