

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EMPLEADOS DE PEQUEÑAS EMPRESAS

Bienvenido a los Planes Health Net para pequeñas empresas



Post Office Box 9103  
Van Nuys, California 91409-9103  
[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

Si tiene cualquier pregunta o necesita ayuda para llenar este formulario, sírvase ponerse en contacto con el Departamento de Servicios a los Miembros del Plan para Pequeñas Empresas, llamando al 1-800-361-3366.

Para Salud con Health Net llame al 1-800-331-1777

PPO, EPO, Flex Net y Group Term Life y AD&D están totalmente asegurados por Health Net Insurance Company.



# Formulario de Inscripción

## MARQUE EL PLAN DESEADO

- Nueva inscripción
- Nueva contratación
- Reconstratación/Reinscripción
- Inscripción tardía (Pérdida de Cobertura)
- Fecha efectiva Cobra \_\_\_\_\_
- Evento de calificación \_\_\_\_\_
- Fecha del evento \_\_\_\_\_
- Cambio de cobertura
- Añade persona a cargo
- Cambia persona a cargo

- HMO
- ELECT Open Access
- ELECT 2-Tier POS
- SELECT 3-Tier POS
- PPO
- FLEX NET (Fuera de área)
- LIFE & AD&D
- Salud con Health Net PPO
- Salud con Health Net EPO
- Salud con Health Net HMO

**IMPORTANTE:** ESCRIBA CON TINTA NEGRA

### 1 YOUR EMPLOYER COMPLETES THIS SECTION (PÉRDIDA DE COBERTURA) - SU EMPLEADOR COMPLETA ESTA SECCIÓN

Company Name	Group Number	Date of Hire	Effective Date
--------------	--------------	--------------	----------------

### 2 YOUR EMPLOYER COMPLETES THIS SECTION (IF APPLYING FOR GROUP LIFE) - SU EMPLEADOR COMPLETA ESTA SECCIÓN (SI ESTA SOLICITANDO SEGURO DE VIDA DE GRUPO)

Effective Date	Annual Salary	Occupation	Life Class	Life/AD&D Amount
----------------	---------------	------------	------------	------------------

### 3 USTED COMPLETA LAS SECCIONES 3-9 Nota: Aún si está rechazando la cobertura, deberá completar las Secciones 3 y 9

Apellido	Nombre	Inicial	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Socios domésticos: (se adjunta declaración jurada)
Número de seguridad social	Situación del trabajo <input type="checkbox"/> Sueldo mensual <input type="checkbox"/> Por hora	Cargo	
Dirección postal particular (Número, calle, apartamento)			Estado Código postal
Teléfono particular ( ) ( )	Teléfono del trabajo ( ) ( )	Correo electrónico	¿Ha sido usted o alguna de las personas a su cargo miembro de Health Net? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha rechazado usted o alguna de las personas a su cargo la cobertura de Health Net en los 12 meses pasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**NOTA:** Sírvase completar todo el formulario de inscripción. Este formulario no puede ser procesado si la información está incompleta. Los dependientes de la edad 19 hasta 23ro cumpleaños requieren la prueba estudiantil con tiempo completo el estado permanente de la inhabilidad en el plazo de 31 días de la inscripción.

### 4 INFORMACIÓN MEDICA

Por favor, enumere abajo a los solicitantes elegibles a ser inscriptos. Los miembros de HMO, ELECT OPEN ACCESS, ELECT 2-Tier (POS) y SELECT 3-Tier (POS) deben residir dentro del área geográfica de servicio establecida por Health Net, para así asegurar un acceso razonable a la asistencia. Si tiene más de tres personas a su cargo, sírvase adjuntar un Formulario de Inscripción adicional.

Si está solicitando cobertura HMO, ELECT OPEN ACCESS, ELECT 2-Tier (POS) y SELECT 3-Tier (POS), sírvase revisar el Directorio de Proveedores de los Planes de Health Net para pequeñas empresas y elija un Grupo Médico que se encuentre dentro de un radio de 15 a 30 millas del domicilio o trabajo para cada miembro de su familia, ingresando los nombres y números en el área apropiada abajo. Para una lista de médicos, favor de visitar nuestro sitio web [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) o revise el Directorio de Proveedores de los Planes de Health Net para pequeñas empresas. Puede elegir a un grupo Médico y a un Médico de Atención Primaria distinto para cada miembro de la familia. Si el grupo que ha elegido tiene una 'X' después del número (por ejemplo, IPA 135X), indique un Médico de Atención Primaria para usted y para cada miembro de la familia que se está inscribiendo en ese grupo. **¿Tiene preguntas? Llame al Servicio para los Miembros de Health Net al 1-800-361-3366 o Salud con Health Net al 1-800-331-1777.**

**Sólo para planes HMO y ELECT**

Nombre/Dirección Apellido - Nombre - Inicial Ciudad - Estado - Código postal (Si distinto)	Números de teléfono (Si distintos)	Parentesco	Sexo M/F	Fecha de nacimiento (Mes.Día.Año)	Número de seguridad social	Vea la Guía de Proveedores de Health Net y escoja un Grupo Médico Participante y un Médico de Atención Primarios para cada uno de los miembros de su familia.	Grupo Médico y Médico de Atención Primaria NOMBRE Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	Paciente actual S = Sí N = No
	Particular	USTED						
	Trabajo							
	Particular	CÓNYUGE						
	Trabajo							
	Particular	PERSONA A SU CARGO				Incapacitado/a <input type="checkbox"/> Estudiante tiempo completo <input type="checkbox"/> Más del 50% de mantenimiento <input type="checkbox"/>		
	Trabajo							
	Particular	PERSONA A SU CARGO				Incapacitado/a <input type="checkbox"/> Estudiante tiempo completo <input type="checkbox"/> Más del 50% de mantenimiento <input type="checkbox"/>		
	Trabajo							
	Particular	PERSONA A SU CARGO				Incapacitado/a <input type="checkbox"/> Estudiante tiempo completo <input type="checkbox"/> Más del 50% de mantenimiento <input type="checkbox"/>		
	Trabajo							

### 5 SEGURO DE VIDA DE GRUPO Si corresponde (Adjunte una hoja separada para beneficiarios adicionales o contingentes)

Cobertura para seguro de Vida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, estoy solicitando <input type="checkbox"/> Seguro de Vida básico /AD&D \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro de Vida para persona a cargo \$ _____
Beneficiario del seguro de vida (Nombre completo) _____ Parentesco _____ %
Beneficiario del seguro de vida (Nombre completo) _____ Parentesco _____ %

## 6 INFORMACIÓN SOBRE INVALIDEZ

1. ¿Cree que usted o cualquier miembro de su familia para quienes está solicitando la cobertura serán considerados totalmente inválidos de acuerdo con las definiciones de invalidez dadas al dorso de esta solicitud?

Sí  No Si es sí ¿quién? \_\_\_\_\_

Condición(es) discapacitante(s) \_\_\_\_\_ Fecha en que comenzó la invalidez \_\_\_\_\_

## 7 OTRO SEGURO MÉDICO

1. ¿Es alguna de las personas enumeradas en la Sección 4 de arriba elegible para Medicare?  Sí  No Si es sí ¿quién? \_\_\_\_\_

2. ¿Está o ha estado usted y/o alguno de los miembros elegibles de la familia cubiertos por otra cobertura médica en los últimos seis meses?  
 Sí  No Si es sí, complete la sección de abajo. Por favor, enumere todas las coberturas médicas actuales o anteriores. **El no proporcionar la información completa puede resultar en una demora importante púa el procesamiento de las reclamaciones.** (Adjunte hojas adicionales si es necesario)

Apellido de la persona cubierta	Apellido, Nombre e Inicial	Nombre(s) del asegurado	Nombre(s) de la compañía aseguradora	Tipo de cobertura	Nº de póliza	Fecha efectiva	Fecha de terminación
				<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Otra _____			(Si corresponde)
				<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Otra _____			

La cobertura bajo PPO, EPO o Flex Net puede ser objeto de limitaciones a condiciones preexistentes para ciertas personas que se inscriben. Por favor consulte el reverso de este formulario para obtener información adicional.

## 8 ACEPTACIÓN DE LA COBERTURA (Cuando solicite la cobertura, debe firmar la siguiente autorización)

**Explicación de la autorización para obtener o dar a conocer información médica:** Se le está solicitando la autorización de abajo para obtener o dar a conocer información médica para cumplir con los términos de la Ley de Confidencialidad de Información Médica, efectiva el 1 de Enero de 1980, Sección 56 et seq. del Código Civil de California. Se solicita su cooperación. **Autorización para obtener o dar a conocer información médica:** Por la presente autorizo a mi médico, profesional médico, hospital, clínica u otro centro médicamente relacionado a proveer cualquiera y todos los registros pertenecientes a la historia médica, servicios prestados o tratamiento dado a cualquier persona aquí inscrita o añadida a continuación, a un agente, designados o representantes de Health Net o Health Net Life, para propósitos de revisión, investigación o evaluación de una solicitud o una reclamación. Autorizo a Health Net, Health Net Life o sus agentes, designados o representantes a dar a conocer dicha información médica a un hospital o plan de servicio de asistencia médica, si ello es necesario para permitir el procesamiento de cualquier reclamación. Esta autorización será efectiva inmediatamente y permanecerá en efecto por el tiempo que sea necesario para permitir que Health Net o Health Net Life procesen las reclamaciones y los beneficios.

**Acuerdo de arbitraje:** Entiendo que cualquier disputa o controversia, excepto por el incorrecto ejercicio de la profesión médica, que pueda surgir en relación a la

ejecución, interpretación o incumplimiento del acuerdo entre mi persona (y/o cualquier miembro familiar inscripto) y Health Net, Health Net Life Insurance Company o cualquier Grupo Médico Participante/Asociación Médica Independiente, ya sea que surja en contrato, extracontractualmente o de otro modo, deberá ser sometido a arbitraje en lugar de un juicio ante un jurado o en los tribunales.

**Socios domésticos:** Yo entiendo y estoy de acuerdo que, si estoy inscribiendo a un socio doméstico bajo este acuerdo, a mi socio y a mi se nos requerirá firmar una declaración jurada para Socios Domésticos (Domestic Partnership Affidavit) (se adjunta una copia), sus términos y condiciones se incorporarán por referencia como parte de este acuerdo.

La ley de California prohíbe la prueba de SIDA ser requerido o ser utilizado por Compañías de Salud como una condición de obtener cobertura de seguro.

Para su protección, la ley de California requiere lo siguiente que aparezca en este folleto. Cualquier persona que presente conocimiento de una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede estar conforme a multas y al confinamiento en la prisión del estado.

Sírvase firmar y fechar esta solicitud abajo. Su firma indica que ha completado toda la información solicitada con la mayor precisión posible y que ha leído la información del Plan y entiende todos los acuerdos, incluyendo su acuerdo de someter las disputas a un arbitraje vinculante.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## 9 RECHAZO DE LA COBERTURA (Llene esta sección si pretende rechazar la cobertura para Ud. o para alguna de las personas a su cargo)

**Certifico que la razón por la cual rechazo la inscripción es: (marque como corresponda)**

- Estoy cubierto por otro plan de beneficios médicos de grupo ofrecido a mi cónyuge.  
 Estoy cubierto por otro plan de beneficios médicos de grupo ofrecido por mi EMPLEADOR.  
 Estoy cubierto por un plan médico individual.  
 Rechazo la cobertura para mi cónyuge, nombre: \_\_\_\_\_  
 Rechazo la cobertura para mi(s) hijo(s), nombre(s): \_\_\_\_\_  
 Rechazo la cobertura porque \_\_\_\_\_

Mi empleador me ha explicado las coberturas disponibles. Se me ha dado la oportunidad de solicitar las coberturas disponibles. Yo he decidido no inscribirme y/o no inscribir a mis dependientes. **Al rechazar la cobertura yo tengo conocimiento que es posible que mis dependientes y yo tengamos que esperar para inscribirnos hasta el próximo período de inscripción abierta o evento que califique.**

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Solamente si rechaza la cobertura; si la firma por error, por favor tache su firma y ponga sus iniciales.)

### Origen étnico (optativo)

Si está disponible, preferiría recibir información en el siguiente idioma \_\_\_\_\_

La siguiente información es optativa. Al indicar su origen étnico nos estará ayudando a ofrecerle un mejor servicio.

- Nativo-americano o nativo de Alaska  Chino  Japonés  Otro: \_\_\_\_\_  
 Negro/afro-americano (no hispano)  Filipino  Coreano  
 Caucásico (no hispano/blanco)  Hispano/Latino  Vietnamita

**Por favor, llene las tarjetas temporarias de Información para inscripción y guarde hasta que reciba su tarjeta permanente.**



Health Net

**TARJETA DE INFORMACIÓN PARA INSCRIPCIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Nombre y Número del Grupo Médico \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

- HMO  ELECT OA  ELECT 2-Tier POS  SELECT 3-Tier POS  PPO  
 FLEX NET (Fuera de área)  Salud con Health Net PPO  
 Salud con Health Net HMO  Salud con Health Net EPO

En caso de emergencia, por favor llame a Health Net al (800) 331-1777



Health Net

**TARJETA DE INFORMACIÓN PARA INSCRIPCIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Nombre y Número del Grupo Médico \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

- HMO  ELECT OA  ELECT 2-Tier POS  SELECT 3-Tier POS  PPO  
 FLEX NET (Fuera de área)  Salud con Health Net PPO  
 Salud con Health Net HMO  Salud con Health Net EPO

En caso de emergencia, por favor llame a Health Net al (800) 331-1777

Condiciones preexistentes y cobertura por la cual se puede recibir crédito — Su cobertura bajo este plan de beneficios puede estar sujeta a limitaciones a condiciones preexistentes durante un período máximo de seis meses desde la fecha efectiva de su inscripción. De acuerdo con las leyes del estado y federal, Health Net dará crédito por cualquier cobertura anterior que usted documente en el momento que aplique para inscribirse en PPO o Flex Net, siempre y cuando la cobertura anterior califique como cobertura por la cual puede “recibir crédito” como lo define la ley del estado y federal. La cobertura que califica para recibir crédito se aplicará para compensar (en su totalidad o en parte) la limitación que existe debido a una condición preexistente, la cual puede aplicar a su cobertura bajo esta póliza. Si no puede demostrar documentación de buena fe que haya tenido cobertura que califica para recibir crédito en el momento de la inscripción, Health Net, a petición de la persona interesada, puede proporcionar ayuda para obtener la documentación necesaria. Nota: La cobertura anterior que se haya interrumpido por un período de 63 días (o 180 días si su empleador anterior terminó la cobertura) o más no califica como cobertura por la cual se puede recibir crédito.

### Condiciones discapacitantes

Si usted o un miembro de su familia fueran inválidos a la fecha de terminación de la cobertura con un asegurador médico anterior, puede tener derecho a una extensión de los beneficios médicos de acuerdo con el Código de Seguros de California § 10128. Bajo esta ley, el asegurador anterior es responsable hasta que cualquiera de las siguientes situaciones ocurra primero: (a) el miembro deje de ser inválido; (b) los beneficios Máximos de la cobertura del asegurador anterior estén pagos; o (c) un período de 12 meses consecutivos ha pasado desde la fecha en que la cobertura con el asegurador anterior terminó.

*Invalidez total*, en lo que se relaciona con la ley arriba descrita, significa: Empleado: cuando como resultado de una lesión física o una enfermedad, el empleado no puede dedicarse a ningún empleo u ocupación para el cual él o ella está o se ha capacitado mediante estudio, entrenamiento o experiencia, y de hecho no se dedica a ningún empleo u ocupación por salario o ganancia. Miembro familiar: cuando el miembro familiar no puede realizar todas las actividades comunes y acostumbradas para una persona de esa edad.

**Por favor, conteste las preguntas de forma completa para evitar demoras en el procesamiento de su solicitud.**

#### TARJETA DE INFORMACIÓN PARA INSCRIPCIÓN Inscriptos adicionales cubiertos

Nombre	_____
Doctor	_____ Teléfono _____
Nombre	_____
Doctor	_____ Teléfono _____
Nombre	_____
Doctor	_____ Teléfono _____

La cobertura no comenzará hasta que Health Net o Health Net Life Insurance Company acepte su solicitud. Al aceptar su solicitud, Health Net estará protegido por los artículos del Acuerdo y por cualquier Enmienda al mismo.

#### TARJETA DE INFORMACIÓN PARA INSCRIPCIÓN Inscriptos adicionales cubiertos

Nombre	_____
Doctor	_____ Teléfono _____
Nombre	_____
Doctor	_____ Teléfono _____
Nombre	_____
Doctor	_____ Teléfono _____

La cobertura no comenzará hasta que Health Net o Health Net Life Insurance Company acepte su solicitud. Al aceptar su solicitud, Health Net estará protegido por los artículos del Acuerdo y por cualquier Enmienda al mismo.

**Por favor, llene las tarjetas temporarias de Información para inscripción y guarde hasta que reciba su tarjeta permanente.**