

## Solicitud del Empleado (Productos del Grupo Empleador Pequeños)

Para obtener instrucciones acerca de esta solicitud, sírvase consultar la sección J. "Instrucciones para la inscripción".

### A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (UTILICE TINTA)

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ N° de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ N° de Unidad \_\_\_\_\_ Estado Civil  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono: Particular ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_ \*Fecha de Contratación de Tiempo Completo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cantidad de Horas Trabajadas Semanalmente \_\_\_\_\_ Título del Trabajo \_\_\_\_\_

\*La fecha de contratación de tiempo completo es el primer día que comenzó a trabajar físicamente, trabajando 30 horas o más por semana de manera constante. El proporcionar una fecha de contratación incorrecta podría resultar en el retraso o rechazo de la cobertura.

**Marcar el Casillero Correspondiente**  Grupo Nuevo  Nueva Contratación  Inscripción Abierta  Adhesión de Dependiente  \*Evento de Inscripción Especial

¿Agrega una persona a cargo debido a una orden judicial o administrativa?  Sí  No (En caso afirmativo, sírvase adjuntar una copia del aviso a este formulario)

\*Si usted y/o sus beneficiarios se inscriben como resultado de un Evento de Inscripción Especial, marque todo lo que corresponda:

Nacimiento/Adopción  Matrimonio  Pérdida involuntaria de otra cobertura

La solicitud del empleado para un evento especial de registro deberá ser presentada dentro de los 31 días posteriores al evento.

### B. INFORMACIÓN DEL PLAN (Llenar 1, 2, 3, o 4 abajo según el diseño de plan seleccionado por su empleador)

**1 - Panel abierto** — Si su empleador ha escogido la opción Panel abierto, seleccione una de las siguientes opciones de plan:  
 Select Value<sup>SM</sup>  Select Med Plus<sup>SM</sup>  Select Care Plus<sup>SM</sup>

**2 - HealthSave** — Si su empleador ha escogido la opción HealthSave, seleccione una de las siguientes opciones de plan:  
 Select Value HealthSave<sup>SM\*</sup>  Select Med Plus<sup>SM</sup> HealthSave<sup>SM\*</sup>  
 Select Care Plus<sup>SM</sup> HealthSave<sup>SM\*</sup> **(ver más adelante)**

**3 - Opción Dual** — Si su empleador eligió la opción Dual, seleccione una de las siguientes opciones del plan:  
 HMO/Plus Plan  HealthSave Plan\* **(ver más adelante)**

**4 - Select Choice<sup>SM</sup> Premier** — Si su empleador ha escogido a Health Choice Premier, usted será inscrito en este plan:  
 Select Choice Premier\*\*

\*Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA) (Solo para planes HealthSave)—Si su empleador ha elegido HealthEquity®, el proveedor de cuentas preferido por SelectHealth, **marque uno de los siguientes:**

Sí, configure mi HSA con HealthEquity  No, no configure una HSA para mí

Si escoge el "sí", también debe completar el Formulario de Inscripción en HSA y autorización para la divulgación de información de salud a HealthEquity.

### C. ESCRIBA ABAJO SU NOMBRE Y EL DE LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES QUE SERÁN CUBIERTOS

PARENTESCO	NOMBRE (PRIMER NOMBRE, INICIAL, APELLIDO)	N° DE SEGURO SOCIAL (FOR INTERNAL USE ONLY)	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	EDAD	OTRO INS.	NOMBRE DE LA ASEGURADORA
EMPLEADO		* - -	M/F	/ /		S/N	
CÓNYUGE		- -	M/F	/ /		S/N	
HIJO		- -	M/F	/ /		S/N	
HIJO		- -	M/F	/ /		S/N	
HIJO		- -	M/F	/ /		S/N	
HIJO		- -	M/F	/ /		S/N	
HIJO		- -	M/F	/ /		S/N	

\* ES NECESARIO PARA LOS PLANES HEALTHSAVE DE MANEJO DE CUENTAS DE AHORRO DE SALUD (HSA).

### D. INFORMACIÓN DE COBERTURA PREVIA

Si ha tenido cobertura de seguro en los 63 últimos días, su limitación del Período de espera de enfermedad preexistente puede acreditarse o renunciarse al recibir su Certificado de la Cobertura Digna de Crédito de su plan de salud previo. Para determinar si esto se aplica a usted, **adjunte una copia del Certificado de la Cobertura Digna de Crédito para cada miembro que recibirá cobertura** y proporcione la siguiente información. (Nota: No se acepta fotocopia de su tarjeta de ID de la aseguradora actual/anterior).

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_

N° de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de comienzo de cobertura \_\_\_\_\_ Fecha de finalización de cobertura \_\_\_\_\_

La presentación de la información de cobertura previa no significa la renuncia automática al límite del Período de espera de enfermedad preexistente. Sin embargo, el no proporcionar información previa de cobertura dará lugar a beneficios limitados o excluidos durante un período de 12 meses (18 meses para inscripciones tardías).

### E. FIRMA DEL EMPLEADO

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha de Firma \_\_\_\_\_

### USO EXCLUSIVO DE SELECTHEALTH (SELECTHEALTH'S USE ONLY)

Effective Date \_\_\_\_\_ Renewal Date \_\_\_\_\_ NHWP:  30  60  90  Other \_\_\_\_\_

Group# \_\_\_\_\_ Sub group# \_\_\_\_\_  HSA

PEC waiting period/start date \_\_\_\_\_

Agent/broker \_\_\_\_\_ GA \_\_\_\_\_

## F. INFORMACIÓN DE SALUD

**INSTRUCCIONES:** Responda cada pregunta para cada individuo que solicite la cobertura médica. **Círcule los elementos específicos** que corresponda a la pregunta. Proporcione detalles completos y específicos en las secciones VII y VIII para cada respuesta afirmativa.

1. ¿Recibe alguien tratamiento médico actualmente? ..... **S N**
2. ¿Alguien ha consultado, se le han realizado pruebas, o ha recibido tratamiento médico, quiropráctico, de consejero, terapeuta u otro personal médico en los últimos **TRES AÑOS**? **S N**
3. ¿Está actualmente embarazada alguna miembro de la familia o existen sospechas de que alguien lo esté? ..... **S N**
4. ¿Es usted o su cónyuge económicamente responsable de un niño que todavía no ha nacido, han pensado en una adopción o la han solicitado?..... **S N**
5. ¿Hay miembros de la familia para quienes **no** se solicita cobertura? En caso afirmativo, llene **(a)** ..... **S N**
- a)** Enumere las razones por las cuales algún miembro de la familia no solicite cobertura y describa su estado de salud y dónde recibe cobertura actualmente.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
6. ¿Alguna vez alguien a masticado o fumado tabaco?..... **S N**
7. ¿Ha tomado alguien medicinas, pastillas, inyecciones o remedios en los últimos **DOCE MESES**? En caso afirmativo, llene la sección VIII. .... **S N**
- 
8. Dentro de los últimos **CINCO AÑOS** algún afiliado propuesto:
- a)** Se le ha aconsejado hospitalización, análisis, consultas, evaluaciones, cirugías o medicamento(s), **pero no lo ha hecho**?..... **S N**
- b)** Se ha realizado análisis de fertilidad, es infértil, o tuvo un aborto o complicaciones durante el embarazo?..... **S N**
- c)** Tuvo problemas de vesícula biliar, úlceras, hernias, diarrea crónica, diverticulitis, diverticulosis, u otros problemas digestivos? ..... **S N**
- d)** Tuvo problemas urinarios o incontinencia urinaria?..... **S N**
- e)** Tuvo hemorragia irregular, pruebas de Papanicolaou con resultados anormales, enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, próstata o problemas testiculares, enfermedad venérea o cualquier trastorno del sistema reproductivo? ..... **S N**
- f)** Tuvo migrañas, ha estado inconsciente, o tuvo epilepsia, crisis convulsivas o convulsiones?..... **S N**
- g)** Ha recibido cualquier orientación sobre salud mental, psicoterapia, o tuvo un trastorno mental o nervioso, depresión, estrés, o ansiedad que requirieron consulta o medicinas?..... **S N**
- h)** Tuvo quistes, crecimientos (salvo verrugas), nódulos mamarios, aumento o reducción mamaria?..... **S N**
- i)** Tuvo un trastorno de la piel que necesitó atención médica?. **S N**
- j)** Tuvo un trastorno tiroideo, un trastorno de los ganglios linfáticos o del sistema linfático? ..... **S N**
- k)** ¿Ha sido tratado por dolor del tórax, hipertensión o colesterol alto?..... **S N**
- l)** ¿Tuvo algún problema de los ojos, oídos, nariz o garganta que requirió tratamiento? ..... **S N**
- m)** Tuvo algún problema de espalda, cuello, columna o un trastorno conjunto que necesitó atención médica y/o interfirió con sus actividades diarias normales?..... **S N**
- n)** ¿Alguien tiene un problema para el cual **no ha** buscado asesoramiento o tratamiento médico?..... **S N**
- 
9. Dentro de los últimos **DIEZ AÑOS**, ¿algún miembro prospecto:
- a)** Ha sido hospitalizado o fue sometido a cirugía? ..... **S N**
- b)** Tuvo hepatitis, colitis, colectomía o ileostomía, enfermedad rectal, problemas de bazo, ictericia u otros problemas digestivos? ..... **S N**
- c)** Tuvo gota, artritis, fibromialgia, lupus, cualquier enfermedad o trastorno del tejido conectivo o cualquier reemplazo de las articulaciones? ..... **S N**
- d)** Fue diagnosticado con, recibió tratamiento o fue operado de, o cualquier indicación para, pero sin estar limitado a: espondilitis anquilosante, neuropatía, osteogénesis imperfecta, osteoporosis, disco herniado y/o fracturado, espina bífida, cifosis, escoliosis, estenosis espinal, espondilolistesis o espondilosis? ..... **S N**
- e)** Se sometió a alguna operación quirúrgica o tratamiento para la obesidad, bulimia, anorexia, control de peso, engrapado del estómago o derivación gástrica? ..... **S N**
- f)** Tuvo tuberculosis, asma, apnea del sueño, pleuresía, enfisema o cualquier trastorno de los pulmones o el aparato respiratorio? ..... **S N**
- g)** Ha sido tratado por el consumo de alcohol o asistió a Alcohólicos Anónimos por su propio consumo de alcohol?.. **S N**
- h)** Ha sido tratado por dependencia, abuso, o reacción a fármacos?..... **S N**
- i)** Ha consumido algún medicamento no prescrito, como: opiáceos, estimulantes, depresivos y/o alucinógenos?.... **S N**
- 
10. Alguna de los prospectos para la cobertura ha recibido **ALGUNA VEZ** indicación, diagnóstico o tratamiento por:
- a)** Algún defecto congénito, del desarrollo o discapacidad de aprendizaje, deficiencia física, neurológica, neuromuscular o mental? ..... **S N**
- b)** Trastorno bipolar, depresión maníaca, esquizofrenia, síndrome cerebral orgánico crónico u otro trastorno psicótico u orgánico del cerebro?..... **S N**
- c)** Trastorno renal, problemas hepáticos, cirrosis o problemas pancreáticos?..... **S N**
- d)** Cáncer o tumores?..... **S N**
- e)** Diabetes? ..... **S N**
- f)** Esclerosis múltiple, distrofia muscular, parálisis cerebral u otro trastorno neurológico? ..... **S N**
- g)** Cualquier trastorno sanguíneo, resultado positivo a la prueba del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), o sido tratado por o diagnosticado con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado con el SIDA o cualquier enfermedad o trastorno del sistema inmunitario? ..... **S N**
- h)** Cualquier enfermedad o problema cardíaco, soplo cardíaco, ataque cardíaco, latido cardíaco rápido, lento o irregular, coágulo sanguíneo, derrame cerebral u otro problema circulatorio?..... **S N**
- 
11. No ha podido trabajar alguien o cumplir con las funciones diarias corrientes durante más de dos semanas (que no fuera por embarazo)?..... **S N**
12. Sufre alguien de alguna enfermedad, síntomas o problemas no mencionados aquí relacionados con las respuestas a las preguntas anteriores?..... **S N**
13. Alguien ha sido rechazado en otro seguro de salud o de vida o le han modificado la póliza o la categoría de la misma? ..... **S N**
14. A continuación anote la altura y peso del solicitante y su cónyuge. Anote el peso actual y el de **hace un año**.
- a) Altura del solicitante** \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulg.  
**Peso del solicitante** \_\_\_\_\_ ahora; \_\_\_\_\_ hace un año
- b) Altura del cónyuge** \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulg.  
**Peso del cónyuge** \_\_\_\_\_ ahora; \_\_\_\_\_ hace un año

SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL, SÍRVASE USAR OTRA SOLICITUD.



## I. AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Por medio de la presente solicito mi inscripción junto con la de mis beneficiarios enumerados, según corresponda, para la cobertura de SelectHealth. Tanto con respecto a esta solicitud como con respecto a cualquier cobertura del Plan que pueda obtenerse, actúe como representante y/o como guardián natural de las personas a mi cargo. Aún más, al tratar con SelectHealth, designo a mi empleador para que actúe como representante en mi nombre y en el de las personas a mi cargo. Entiendo que la cobertura depende de mi satisfacción de los criterios de seguro aplicables y está sujeta a los términos y condiciones del Master Group Contract de mi empleador con SelectHealth. También entiendo que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que cada persona enumerada sea aprobada por SelectHealth, que no se proporcionará ningún beneficio de servicio que empiece antes de que la cobertura entre en vigencia y que, excepto como está expresamente estipulado en el Master Group Contract, los beneficios no se extenderán más allá de la finalización ya sea de mi cobertura o del Master Group Contract. Por la presente declaro que toda la información suministrada en esta solicitud, incluida la sección de información de salud, es correcta y completa. Entiendo que las omisiones o tergiversaciones intencionales con respecto a la información proporcionada en esta solicitud podrían causar que un servicio que de otra manera estaría cubierto sea negado y/o podrían anular cualquier cobertura expedida.

**CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN.** Entiendo que mi elección de proveedores de servicios médicos cuyos servicios estarán cubiertos puede ser limitada por el Master Group Contract, y estoy de acuerdo con que cualquier servicio que se obtenga sin los requisitos necesarios de autorización/certificación previas del Master Group Contract o contrario a los mismos puede ser rechazado. Entiendo que la cobertura que solicito puede limitar o excluir ciertas enfermedades y puede excluir las enfermedades para las cuales un miembro de mi familia (incluyendome a mi) ha recibido algún diagnóstico o tratamiento médico o tomado alguna medicación o donde los síntomas fueron o deben haber sido evidentes antes de la fecha de vigencia de su cobertura, según las disposiciones de limitación de enfermedades preexistentes del Master Group Contract. Si el Master Group Contract establece que deben realizarse pagos, autorizo a mi empleador a deducirlas de mi salario.

Por la presente declaro que en mi mejor conocimiento y entender, la información suministrada en esta Solicitud, incluida la información de salud, se registra de manera correcta, verdadera y completa. Si posteriormente recibo datos de información diferente a la proporcionada en esta Solicitud, acepto proporcionar dicha información adicional con prontitud a SelectHealth.

## J. INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN Y INFORMACIÓN ADICIONAL

Debe leer la sección I, Autorización y reconocimiento, antes de firmar la solicitud. Contiene la póliza y condiciones del acuerdo. Debe llenar detalladamente todas las áreas de la Solicitud. Es su responsabilidad leer y comprender esta información y seguir las instrucciones provistas. Por favor escriba con tinta en letra de imprenta clara. Se retrasarán las solicitudes que se encuentren ilegibles o incompletas. Estas instrucciones lo ayudarán a llenar esta solicitud. Si necesita más ayuda, contacte a su empleador, agente comercial o a un representante de SelectHealth/ SelectHealth BAC a 1-801-442-4908 Opción 2 o 1-800-442-3125 Opción 2.

### Secciones A y B - INFORMACIÓN DE EMPLEADOS E INFORMACIÓN DEL PLAN

La solicitud del empleado para un evento especial de registro deberá ser presentada dentro de los 31 días posteriores al evento, junto con los documentos apropiados, que deben incluir una copia de los documentos de adopción, colocación, o certificado de matrimonio. Se deberá presentar un certificado de Cobertura solvente (para demostrar la pérdida involuntaria de cualquier otra cobertura) en cuanto sea posible.

Por favor tome nota: Sección A - Definición de FECHA DE CONTRATO DE TIEMPO COMPLETO: primer día de presencia en el trabajo, trabajo de 30 horas o más por semana de manera constante. El proporcionar una fecha de contratación incorrecta podría resultar en el retraso o rechazo de la cobertura.

\*\*Select Choice Premier es asegurado por SelectHealth Assurance Company, Inc. (SelectHealth BAC), y administrado para SelectHealth BAC por SelectHealth, un asegurador autorizado por separado y afiliado con SelectHealth BAC.

### Sección C - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO Y DE LOS DEPENDIENTES

Llene esta sección con toda la información solicitada acerca de usted y/o sus dependientes. Si su cónyuge está afiliado, sólo podrá ser eliminado de su cobertura bajo las siguientes circunstancias:

- Durante el período anual de inscripción abierta de su empleador,
- Cuando su cónyuge está de acuerdo en ser eliminado de su cobertura mediante la firma de un formulario de cambio, o
- Cuando se presenta evidencia de divorcio o anulación legal (primera y última página del decreto de divorcio y cualquier página interior que especifique las responsabilidades de cobertura para los hijos dependientes si usted ha elegido cobertura familiar).

Para tener derecho a una cobertura, los hijos deben tener menos de 26 años, ser solteros y dependientes de usted en el 50 por ciento de su apoyo financiero. (La dependencia financiera no se requiere para cobertura de dependiente ordenada por la corte o por orden administrativa). Cualquier dependiente que no esté detallado en el listado, no quedará considerado para la cobertura.

Para coordinar los propósitos de los beneficios, indique si el individuo estará cubierto o no por otro seguro médico durante la vigencia de este plan de salud. Si su respuesta fue: Sí (Y), indique el nombre del otro asegurador.

**NOTAS:** Debe anotar toda información relativa a otro seguro de salud de cada miembro para el cual solicita cobertura para que el Plan pueda coordinar las prestaciones con otros proveedores cuando sea necesario. En la misma línea del miembro que recibirá cobertura, encierre en un círculo Y (Sí) o N (No) para indicar si tendrá otra cobertura de seguro junto con el plan de SelectHealth. También debe anotar el nombre de la compañía.

### Sección D - INFORMACIÓN DE COBERTURA PREVIA

Si usted o sus beneficiarios han tenido cobertura de seguro en los últimos 63 días, su Período de espera de enfermedad preexistente (si corresponde) puede ser acreditado o diferido. Deberá presentar al Plan prueba de la cobertura previa, como Certificado de Cobertura meritoria, para cada miembro. Usted tiene el derecho de solicitar un Certificado de Cobertura meritoria de su plan de salud previo. Si fuera necesario, SelectHealth lo ayudará a obtener tales certificados.

### Sección E - FIRMA DEL EMPLEADO

Debe leer la sección IX, Autorización y reconocimiento. Si usted lee, entiende y acepta los términos declarados, firme y coloque la fecha en esta sección.

### Sección F- INFORMACIÓN DE SALUD

Responda cada pregunta para cada individuo que solicite la cobertura médica. Encierre en un círculo cualquier elemento específico que corresponda en la pregunta. **Proporcione detalles completos y específicos** en las secciones VIII y VIII para cada respuesta afirmativa.

### Sección G - AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Debe leer esta sección. Si lee, entiende y acepta los términos declarados, firme y coloque la fecha en la sección V - FIRMA DEL EMPLEADO.