

Solicitud de inscripción del empleado de Humana

CALIFORNIA

Seguro dental y de vida

En esta solicitud, "Humana" hace referencia a la(s) compañía(s) que ofrece(n) el plan enumerada(s) a continuación, en forma individual o colectiva y según lo exija el contexto.

Los planes dentales HMO están suscritos por Golden West Dental and Vision. Todos los demás planes dentales están asegurados o son administrados por HumanaDental Insurance Company o Humana Insurance Company. Los planes de seguro de vida están asegurados o son administrados por Humana Insurance Company.

Escriba con letra de imprenta clara y rellene cada círculo donde corresponda.

No. de grupo dental	No. de beneficio	Clase/División
Nombre de la empresa	Fecha entrada en vigor propuesta (MMDDAAAA)	
Ciudad de la empresa	Estado	

Información del empleado

CA-80124-GN 6/2006

Apellido	Nombre	ISN	Fecha de nacimiento
No. de Seguro Social	No. de teléfono		
Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Dirección de correo electrónico		
Dirección		Apto./Suite/No. apartado postal	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Idioma de elección: <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español			
Condición de empleo: <input type="radio"/> Empleado a tiempo completo: horas trabajadas por semana		Fecha contratación tiempo completo	<input type="radio"/> Jubilado
¿Está discapacitado o imposibilitado de realizar las actividades normales? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí En caso afirmativo, indique el motivo:			

Información del dependiente

CA-80124-DP 6/2006

1. Apellido	Nombre	ISN	Fecha de nacimiento
No. de Seguro Social	Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Relación: <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro:	
Condición del dependiente (si corresponde): <input type="radio"/> Estudiante a tiempo completo <input type="radio"/> Discapacitado Si es discapacitado, indique el motivo:			
DHMO: Nombre de la red			
DHMO: Dentista primario	No. del centro	¿Es actualmente su paciente? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	

2. Apellido	Nombre	ISN	Fecha de nacimiento
No. de Seguro Social	Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Relación: <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro:	
Condición del dependiente (si corresponde): <input type="radio"/> Estudiante a tiempo completo <input type="radio"/> Discapacitado Si es discapacitado, indique el motivo:			
DHMO: Nombre de la red			
DHMO: Dentista primario	No. del centro	¿Es actualmente su paciente? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	

3. Apellido	Nombre	ISN	Fecha de nacimiento
No. de Seguro Social	Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Relación: <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro:	
Condición del dependiente (si corresponde): <input type="radio"/> Estudiante a tiempo completo <input type="radio"/> Discapacitado Si es discapacitado, indique el motivo:			
DHMO: Nombre de la red			
DHMO: Dentista primario	No. del centro	¿Es actualmente su paciente? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	

4. Apellido	Nombre	ISN	Fecha de nacimiento
No. de Seguro Social	Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Relación: <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro:	
Condición del dependiente (si corresponde): <input type="radio"/> Estudiante a tiempo completo <input type="radio"/> Discapacitado Si es discapacitado, indique el motivo:			
DHMO: Nombre de la red			
DHMO: Dentista primario	No. del centro	¿Es actualmente su paciente? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	

No. de grupo

No. de Seguro Social

Seguro dental CA-80124-HD 6/2006

Tipo de cobertura: Sólo empleado Empleado y cónyuge Empleado e hijo(s) Familiar Otro

DHMO: Nombre de la red

DHMO: Dentista primario No. del centro ¿Es actualmente su paciente? No Sí

¿Ha tenido en los últimos 12 meses alguna otra cobertura dental individual o de grupo? No Sí ¿Cobertura de ortodoncia? No Sí

Fecha entrada en vigor Fecha plazo

Tipo de cobertura anterior: Sólo empleado Empleado y cónyuge Empleado e hijo(s) Familiar

Seguro de vida básico CA-80124-HL 6/2006

No. de grupo No. de beneficio Clase/División

Nombre del beneficiario principal Nombre del beneficiario secundario

Clase (el empleador le suministrará esta información si es necesario) Salario anual (si corresponde) \$

Seguro de vida básico del dependiente: No Sí En caso negativo, complete la sección de exención.

Seguro de vida voluntario

No. de grupo No. de beneficio Clase/División

¿Elige la cobertura del seguro de vida voluntario del empleado? No Sí Monto (mínimo de \$15,000) \$ Salario anual \$

Nombre del beneficiario principal Nombre del beneficiario secundario

Seguro de vida voluntario del dependiente: (disponible solamente si el empleado elige la cobertura del seguro de vida voluntario)

¿Elige la cobertura del seguro de vida voluntario de los hijos? No Sí

¿Elige la cobertura del seguro de vida voluntario del cónyuge? No Sí Monto (mínimo de \$5,000) \$

Exención (rechazo de cobertura) CA-80124-WV 6/2006

Manifiesto que he tenido la oportunidad de solicitar la cobertura de grupo disponible para mí y mis dependientes a través de mi empleador. Declaro que no he sido presionado ni forzado por parte de mi empleador, el agente de suscripción o Humana a renunciar (declinar) a la cobertura. Si he renunciado a cualquier cobertura ofrecida a mí o mis dependientes, mi firma a continuación es constancia suficiente de esta acción. Por la presente, renuncio a la cobertura por (marque todo lo que corresponda):

Seguro dental para: Mi persona Mi cónyuge Mi(s) hijo(s) dependiente(s)

Seguro de vida básico para: Mi persona Mi cónyuge Mi(s) hijo(s) dependiente(s)

Rehúso solicitar la cobertura de grupo debido a (marque todo lo que corresponda): Cobertura de mi cónyuge Complemento de Medicare Cobertura individual Cobertura según el plan de otra empresa aseguradora proporcionado por mi empleador Otro:

- Entiendo y acepto que:
- En caso de que decida solicitar dicha cobertura más adelante, la solicitud posterior estará sujeta a los términos y condiciones pertinentes del/de los contrato(s) de grupo maestro o disposiciones del plan según se describe en la Descripción Resumida del Plan, lo cual puede exigir limitaciones y períodos de espera adicionales.
 - Se me puede requerir que presente, a mi exclusivo costo y cargo, una constancia de estado de salud satisfactoria para Humana.
 - Si rechazo la cobertura para mí o mis dependientes (incluido mi cónyuge) porque tengo otra cobertura, en el futuro puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de mi otra cobertura.
 - Si tengo un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para la adopción, puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para la adopción.
 - Humana se reserva el derecho a demorar la cobertura médica y/o a denegar la cobertura de seguro de vida o seguro dental con cualquier solicitud futura de cobertura.

Contrato CA-80124-AA 6/2006

Acuse de recibo veraz y completo

Entiendo, acepto y manifiesto que:

- He leído este documento o me lo han leído.
- Las respuestas proporcionadas en toda esta solicitud de cobertura son, a mi leal saber y entender, veraces y completas.
- Ni mi empleador ni el agente tienen la autoridad de evadir una respuesta completa a cualquier pregunta, determinar la cobertura o asegurabilidad, modificar ningún contrato u omitir ninguno de los demás derechos y requisitos de Humana.
- Si esta solicitud de cobertura es aceptada, la cobertura entrará en vigor en la fecha especificada por Humana en el certificado de cobertura/certificado de seguro.
- Cualquier tergiversación contenida en la presente en la que Humana se haya basado puede ser utilizada para reducir o denegar una reclamación, o anular el contrato dentro del período disputable si dicha tergiversación afectó materialmente la aceptación del riesgo.
- El cumplimiento de los requisitos necesarios para la cobertura médica y del seguro de vida para parejas está sujeto a que mi pareja de hecho y yo seamos del mismo sexo o del sexo opuesto si cualquiera de los dos tiene más de 62 años.

Por la presente, me inscribo para los beneficios para los cuales actualmente reúno los requisitos o para los cuales puedo reunir los requisitos en el futuro según el(los) contrato(s) de grupo de mi empleador. Si para esta cobertura se requiere alguna deducción, autorizo a realizar dichas deducciones de mis ingresos. Me reservo el derecho a revocar esta autorización de deducción en cualquier momento previa presentación por escrito de una notificación, a menos que haya optado por utilizar las deducciones antes de impuestos.

Este documento, junto con cualquier otro suplemento, formará parte de cualquier contrato y será la base de cualquier certificado de cobertura/certificado de seguro que se emita.

Autorización

Mis dependientes y yo autorizamos a cualquier médico, profesional de la medicina o de la atención médica, hospital, clínica, centro de administración de veteranos, otro centro médico o relacionado con la medicina, administrador de terceros, Administrador de Beneficios de Farmacia, compañía de seguros, HMO o reaseguradora, al Medical Information Bureau, Inc., al empleador, la Agencia de Informes al Consumidor (Consumer Reporting Agency) o institución bancaria o financiera que tenga información con respecto a mí y a mis dependientes, incluida información relacionada con asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y atención de enfermedades físicas, psiquiátricas, mentales o emocionales, abuso de drogas, sustancias o

alcohol, enfermedades, y copias de todos los expedientes hospitalarios y médicos, información personal no médica y cualquier otra información no médica, a suministrar parcial o totalmente dicha información a Humana, su reaseguradora o sus representantes legales, y sus afiliadas.

Mis dependientes y yo entendemos y aceptamos que:

- La información obtenida a partir del uso de esta autorización puede ser utilizada por Humana para determinar si reúne los requisitos para la cobertura o para beneficios según la política y la administración de planes existentes, y para tomar decisiones con respecto a las reclamaciones.
- Si decide no firmar esta autorización, Humana no puede completar su inscripción al plan o determinar la tarifa de su prima por la imposibilidad de obtener la información necesaria.
- La información obtenida no será divulgada por Humana a ninguna persona ni organización excepto a las compañías reaseguradoras, al Medical Information Bureau, Inc. u organizaciones de apoyo al seguro que realicen operaciones de atención médica o brinden servicios comerciales o legales relacionados con cualquier solicitud, reclamación o si se requiere por ley o si así lo autorizamos más adelante.
- Una vez que se haya divulgado información personal y de la salud (que incluye información médica, dental y farmacéutica) de conformidad con esta autorización, ésta puede volver a ser divulgada por el destinatario y la información posiblemente ya no esté protegida por los requisitos de privacidad federales y estatales.
- Una copia de esta autorización está a mi disposición o a la de mi representante legal previa solicitud por escrito.
- Una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
- Esta autorización tendrá una validez de dos años desde la fecha que aparece abajo.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento:
 - A fin de revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación escrita a la Oficina de privacidad de Humana.
 - La revocación no se aplicará a la información que ya hubiera sido divulgada en respuesta a esta autorización.
 - La revocación entrará en vigor tras ser recibida por la Oficina de privacidad de Humana.

LA LEY DE CALIFORNIA PROHIBE QUE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE VIDA EXIJAN O UTILICEN PRUEBAS DEL VIH COMO CONDICIÓN PARA OBTENER LA COBERTURA DEL SEGURO DE VIDA.

Firma - firme abajo si se inscribe o si renuncia a la cobertura de grupo

Firma del empleado o representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre y relación del representante legal: _____