

Nombre del empleador: _____ Fecha de inicio del empleo a tiempo completo: _____
 N.º de grupo/código de tasa: _____ Fecha de entrada en vigor/Fecha de la modificación: _____

Cobertura		Motivo de la solicitud o modificación		Explique los motivos de la incorporación o modificación aquí: Motivo de la incorporación de dependientes: Motivo de la cancelación: Motivo de la cancelación de dependientes: Otro:
<input type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> Nuevo afiliado	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio		
<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> Incorporación de dependientes	<input type="checkbox"/> Modificación del plan de beneficios		
<input type="checkbox"/> NationCare	<input type="checkbox"/> Cancelación	<input type="checkbox"/> COBRA/Continuación		
<input type="checkbox"/> Opciones de la red	<input type="checkbox"/> Cancelación de dependientes	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta		
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Renuncia al seguro		

Información del empleado				
Apellido:	Nombre:	Apodo:	Inicial 2.º nombre:	Condición (marcar)
Dirección/Dpto.:				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado
Ciudad:	Estado:	Código postal:		<input type="checkbox"/> Pago por hora <input type="checkbox"/> Salario
Teléfono del hogar:		Teléfono del trabajo:		<input type="checkbox"/> Con sindicato <input type="checkbox"/> Sin-sindicato

Sección de inscripción (si es necesario, incorpore páginas adicionales)							
	Nombre (apellido, nombre, inicial 2.º nombre)	Fecha de nacimiento mm/dd/aa	Sexo	Discapacidad	Vínculo	Nombre del médico de atención primaria (muy recomendado)	¿Es paciente actual?
Titular	N.º de Seguro Social		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> FF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Titular		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge	N.º de Seguro Social		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cónyuge		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dep. 1	N.º de Seguro Social		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Bajo tutela		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dep. 2	N.º de Seguro Social		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Bajo tutela		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dep. 3	N.º de Seguro Social		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Bajo tutela		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Network Health Plan (NHP) o Network Health Insurance Corporation (NHIC), según corresponda, exigen toda la documentación legal para asegurar a dependientes bajo tutela y adopción.

Visite networkhealth.com para acceder a un directorio de proveedores en línea para elegir un médico de atención primaria para usted y sus dependientes.

Información adicional para la cobertura del seguro	
¿Usted o alguno de sus dependientes poseen otro seguro médico grupal, incluido Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿la otra póliza incluye cobertura en farmacias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este seguro continuará vigente una vez que comience la cobertura de Network Health Plan?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Personas que tienen otra cobertura:	Titular de la póliza:
Nombre de la aseguradora:	N.º de póliza:
¿Existe una sentencia de divorcio que establece la responsabilidad de ofrecer seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la parte responsable: _____	Fecha de nacimiento: _____
Proporcione una copia de la parte de la sentencia que establece esta responsabilidad a Network Health Plan.	

Declaración de confidencialidad

Al completar esta solicitud, autorizo a todo proveedor de atención médica a revelar mi información de salud, incluidos los registros relativos a las pruebas y los tratamientos de salud mental, abuso de alcohol o sustancias, y VIH al personal médico y de administración de reclamos de Network Health Insurance Corporation o de Network Health Plan, cuando exista una relación razonable con mi solicitud de cobertura a través de NHP o NHIC, según corresponda. (Al firmar esta autorización como empleado o cónyuge, también autoriza la revelación de información médica de dependientes menores cubiertos o dependientes cubiertos bajo su tutela legal).

También autorizo a todo proveedor de atención médica a revelar parte o la totalidad de mis registros médicos a NHP o a NHIC, según corresponda, cuando exista una relación razonable con la cobertura, con fines administrativos o de evaluación de la calidad. Esta autorización será válida mientras mi cobertura esté vigente o siempre que exista un reclamo pendiente, durante el plazo que sea mayor. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar los registros revelados y a obtener una copia de estos, y que puedo revocar estas autorizaciones en cualquier momento, a menos que un proveedor de atención médica ya haya tomado medidas sobre la base de dicha información. También entiendo que yo, o mi representante autorizado, tengo derecho a recibir una copia de este formulario completo. Al firmar este formulario, autorizo a NHP o a NHIC, según corresponda, a revelar esta información durante un período que no deberá superar los 30 meses posteriores a la fecha en la que se firma esta solicitud.

Si una ley o proveedor exige una autorización adicional para revelar registros médicos, se me pedirá que firme un consentimiento especial para revelar dicha información. Entiendo que NHP o NHIC, según corresponda, harán todos los esfuerzos posibles para proteger mi privacidad en todo momento, y que no se compartirá información que permita identificarme con mi empleador, a menos que yo, el miembro, lo autorice.

Entiendo que si no autorizo la revelación de información médica a NHP o a NHIC, según corresponda, podrían producirse demoras significativas en el procesamiento de mis reclamos. También entiendo que NHP o NHIC conservarán el derecho a revelar información sobre reclamos recibida de proveedores de atención médica a entidades contratadas por NHP o por NHIC, según corresponda, para cumplir con sus obligaciones conforme al contrato grupal.

Toda la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y está completa, según mi leal saber y entender.

No se requiere la firma del empleado en una cancelación por rescisión, pero deberá ser firmada por el empleador.

Firma del empleado

Fecha

Firma del empleador

Fecha

Para uso interno de Network Health Plan o de Network Health Insurance Corporation:

Fecha de entrada en vigor

Ingresado por

Fecha

Planes HMO con el aval de Network Health Plan. Planes POS con el aval de Network Health Insurance Corporation o Network Health Insurance Corporation y Network Health Plan.

Envíe este formulario completo y firmado por fax al 920-720-1904.