

Formulario de solicitud y modificación de la membresía

1570 Midway Pl. Menasha, WI 54952 Fax: 920-720-1904

Nombre del empleador:					Fecha de inicio del empleo a tiempo completo:					
N.	N.° de grupo/código de tasa: Fecha de entrada en vigor/Fecha de la modificación:									
C	obertura	Motivo de la so	licitud o modifi	cación						
	HMO Nuevo afiliado			☐ Cambio de domicilio			Explique los motivos de la incorporación o modificación aquí: Motivo de la incorporación			
	POS Incorporación de dependientes			☐ Modificación del plan de beneficios			de dependientes:			
	NationCare	☐ Cancelación		COBRA/Continuación Motivo de la cancelación: Motivo de la cancelación						
	Opciones de la red Cancelación de dependientes			☐ Inscripción abierta			de dependientes:			
	Otra	☐ Cambio de nom	bre	Renun	cia al seguro		Otro:			
In	formación del emp	leado								
Apellido: Nombre:			Apodo:			Inicial 2.° nombre:	Condició	n (marcar)		
Dir	ección/Dpto.:							Soltero	☐ Casado	
Ciu	ıdad:	Estado:		Código pos	stal:			☐ Pago por hora	Salario	
Teléfono del hogar:				Teléfono del trabajo:				☐ Con sindicato	☐ Sin- sindicato	
Se	ección de inscripci	ón (si es necesa	rio, incorpore p	páginas a	adicionales)					
			Fecha de				Nombre del	médico de		
NI.	ombro (apollido, nombro	inicial 2 ° nombro)	nacimiento mm/dd/aa	Sexo	Discapacidad	Vínculo	atención (muy recor	•	¿Es paciente actual?	
	ombre (apellido, nombre,	illicial 2. Hollible)	IIIII/uu/aa		i i	VIIICUIO	(Illuy lecol	nendado)		
Titular				□ M □ F	☐ Sí ☐ No	Titular			☐ Sí ☐ No	
Τr	N.° de Seguro Social			<u> </u>						
Cónyu	N.° de Seguro Social			□ M □ F	□ □ No	Cónyuge			□ Sí □ No	
1						☐ Hijo				
Dep.				□ M	□ Sí	☐ Hijastro☐ Nieto			□ Sí	
Ď	N.° de Seguro Social			□F	□ No	☐ Bajo tutela			□ No	
0.1	11. do oogalo ooda					☐ Hijo				
Dep. 2				\square M	☐ Sí	☐ Hijastro ☐ Nieto			☐ Sí	
De	N O de Comune Coniel			□F	☐ No	☐ Bajo			□ No	
	N.° de Seguro Social					tutela Hijo				
5.3				□M	☐ Sí	☐ Hijastro ☐ Nieto			☐ Sí	
Dep.				□F	☐ No	☐ Bajo			☐ No	
No	N.° de Seguro Social	2) a Nativark Haalth	Incurance Corners	tion (NILIIC)		tutela	todo lo docum	enteción legal:		
	twork Health Plan (NHF lependientes bajo tutel		insurance corpora	lion (NHIC)	, segun corres	sponda, exigen	i toda ia docuiii	entación legar	Jara asegurai	
Vis	site networkhealth.com	para acceder a un d	lirectorio de provee	dores en l	ínea para eleg	ir un médico d	e atención prim	aria para usted	y sus	
de	pendientes.									
In	formación adiciona	al para la cobert	ura del seguro							
	lsted o alguno de sus de _l	-		upal, incluic	lo Medicare?			□ Sí □ N	lo	
En caso afirmativo, ¿la otra póliza incluye cobertura en farmacias?								□Sí □N		
¿Este seguro continuará vigente una vez que comience la cobertura de Network Health Plan?									lo	
	Personas que tienen otra cobertura: Titular de la póliza:									
	Nombre de la aseguradora: ¿Existe una sentencia de divorcio que establece la responsabilidad de ofrecer seguro médico? N.º de póliza:									
Nombre de la parte responsable:										
	ombre de la parte respons oporcione una copia de		ncia que establece	esta respo	nsabilidad a N		cha de nacimient			
	- p c. c. c. c and copia ac		4 30.00.000							

Deciaración de confidencialidad									
Al completar esta solicitud, autorizo a todo proveedor de atención médica a revelar mi información de salud, incluidos los egistros relativos a las pruebas y los tratamientos de salud mental, abuso de alcohol o sustancias, y VIH al personal nédico 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 nenores 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:									
Fara uso interno de Network Health Flan o	de Network H	ealth insurance Corporation.							
Fecha de entrada en vigor	Ingresado po	or	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.