

N.º de suscriptor:

Fecha:

Solicitud de inscripción y exención de Sentara Health Plans y Sentara Health Insurance Company para grupo reducido 1-50: Coordinación de beneficios

En caso de discrepancia, prevalecerán las disposiciones de la versión aprobada en inglés del formulario.

<p>Selección de planes de Sentara Health Plans: <i>Productos HMO/POS suscritos por Sentara Health Plans</i></p> <p><input type="checkbox"/> Vantage (HMO) <input type="checkbox"/> POS (POS) <input type="checkbox"/> Select Vantage RICH (HMO) <input type="checkbox"/> POS HRA (POS)</p> <p><input type="checkbox"/> Vantage HSA (HMO) <input type="checkbox"/> POS HSA (POS) <input type="checkbox"/> Select Vantage HSA RICH (HMO)</p>	<p>Sentara Health Insurance Company Selección del plan: <i>Productos PPO suscritos por Sentara Health Insurance Company</i></p> <p><input type="checkbox"/> Plus (PPO) <input type="checkbox"/> Plus HSA (PPO)</p>
<p>Beneficio específico del plan:</p>	<p>Beneficio específico del plan: _____</p>

Beneficios de salud bucal pediátricos:

Esta póliza no ofrece los beneficios mínimos de salud bucal pediátricos esenciales requeridos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). La cobertura odontológica independiente que incluya dichos beneficios debe estar a su disposición para su adquisición por separado de un plan dental independiente calificado.

IMPORTANTE:

- La información incompleta **retrasará la inscripción**. Complete todas las secciones con bolígrafo de tinta azul o negra.
- Se deberá proporcionar los números de seguro social del solicitante principal, cónyuge e hijo(s) dependiente(s) cubiertos por este plan.
- Si va a agregar a un cónyuge o dependiente debido a un evento calificado, **es posible que se solicite documentación acreditativa**.

A. INFORMACIÓN DEL GRUPO *(debe completarla el empleador)*.

<input type="checkbox"/> Solicitante nuevo	<input type="checkbox"/> AGREGAR dependiente/cónyuge	<input type="checkbox"/> Cambio de dirección	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre
<input type="checkbox"/> CANCELAR TODO	<input type="checkbox"/> Cancelar dependiente/cónyuge	<input type="checkbox"/> COBRA <i>(fecha de entrada en vigor):</i>	<input type="checkbox"/> Cambio de proveedor de atención primaria (PCP)
Nombre del grupo:	Número de grupo:	Número de subgrupo:	Número del suscriptor:
Firma del administrador del beneficio (obligatorio)			Estatus: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario
Fecha de contratación: <i>(mm/dd/aaaa)</i>	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: <i>(mm/dd/aaaa)</i> <i>(Se debe cumplir el periodo de espera para los nuevos empleados).</i>	Fecha de cancelación de la cobertura: <i>(dd/mm/aaaa)</i>	

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

¿Utilizar un domicilio postal alternativo para este miembro? Sí No

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: <i>(N.º de apartado postal)</i>			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número del Seguro Social:				Fecha de nacimiento: <i>(dd/mm/aaaa)</i>	
Teléfono principal:		Teléfono secundario:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Médico de atención primaria: (PCP)

Si solicita un plan de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o un plan punto de servicio (POS) de Sentara Health Plans, seleccione un médico de atención primaria del Directorio de proveedores del plan para cada familiar que figure en la lista. La Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Sentara Health Insurance Company no requiere la selección de un médico de atención primaria.

Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <i>(De conocerlo)</i>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------	-----------------	--	---

Nombre del suscriptor:

Nombre del empleador:

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO *(continuación)*

¡Deje de utilizar los papeles! Consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas

Dirección de correo electrónico: _____

Al proporcionar su dirección de correo electrónico arriba, usted acepta recibir comunicaciones por correo electrónico que <Sentara Health Plans> o sus representantes creen que pueden interesarle o ser relevantes para usted. Puede darse de baja en cualquier momento.

«I CONSENT» (DOY MI CONSENTIMIENTO)

Al marcar la casilla de verificación «I CONSENT» (DOY MI CONSENTIMIENTO) arriba, usted acepta inscribirse en nuestro Programa para Dejar de Utilizar Papeles y aceptar comunicaciones electrónicas en el correo electrónico que proporcionó de <Sentara Health Plans> o sus representantes. Asimismo, usted otorga su consentimiento para recibir notificaciones electrónicas de que se le están proporcionando documentos y avisos del plan de salud, y que están disponibles para su consulta o descarga, a través del portal para miembros de <Sentara Health Plans> en sentarahealthplans.com/signin, o mediante la aplicación móvil de <Sentara Health Plans>, en lugar de recibir documentos en papel con entrega personal o por correo postal de los EE. UU. Los documentos y avisos incluyen, entre otros, los siguientes: Certificado de seguro o Evidencia de cobertura; Descripción resumida del plan (SPD); Resumen de modificaciones de material; Resumen uniforme de beneficios y cobertura (SBC); Explicación de beneficios (EOB) y otros reclamos; avisos de continuidad de la atención por terminación de proveedor; avisos relativos a la Parte D de Medicare; y avisos conforme a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA).

No todos los documentos estarán disponibles electrónicamente en el Programa para Dejar de Utilizar Papeles. Si un documento o aviso no se encuentra disponible en formato electrónico, le proporcionaremos copias en papel. No tiene que inscribirse en nuestro Programa para Dejar de Utilizar Papeles para inscribirse en el plan de salud. Usted podrá revocar su consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas o solicitar, en cualquier momento y sin costo, una copia impresa de cualquier documento.

Tenga en cuenta que ciertos mensajes enviados por Sentara pueden no estar encriptados y que la comunicación por correo electrónico puede ser interceptada en la transmisión o desviada. Considere la posibilidad de comunicar cualquier información confidencial por teléfono, fax o correo postal y proteja sus dispositivos y mensajes. Al optar por el Programa para Dejar de Utilizar Papeles, usted acepta recibir comunicaciones electrónicas, incluso si se envían en un formato no encriptado.

Número de teléfono y consentimiento:

Número de teléfono: _____

«I CONSENT» (DOY MI CONSENTIMIENTO)

Puede optar por recibir mensajes sobre su salud y plan de salud en su dispositivo móvil, lo que incluye actualizaciones de beneficios, consejos, recordatorios de citas y otra información que Sentara o sus representantes creen que puede interesarle o ser relevante para usted, que puede incluir encuestas y mensajes de marketing para promover productos y servicios proporcionados por Sentara.

Al seleccionar la casilla de verificación de «I consent» (Doy mi consentimiento), usted autoriza a Sentara, sus filiales, proveedores de servicios y representantes a ponerse en contacto con usted en cualquier número de teléfono que nos haya proporcionado, incluidos los números de teléfono móvil. Si usted no es el suscriptor del número de teléfono que ha facilitado, entonces acepta que ha obtenido el consentimiento del suscriptor para recibir estas comunicaciones. Las comunicaciones dirigidas a estos números de teléfono pueden realizarse mediante dispositivos de marcación/entrega automática, marcación directa, mensajes de texto, mensajes SMS o RCS, correo de voz sin timbre, notificaciones automáticas y voces pregrabadas o artificiales. El contenido de estas comunicaciones, que pueden incluir información médica, no se cifrará. Sentara no le cobrará por estas comunicaciones y no está obligado a aceptar la recepción de estas comunicaciones para recibir atención médica o ser miembro de Sentara. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos de la compañía aseguradora.

Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento. Para realizar la cancelación voluntaria de llamadas telefónicas o mensajes de texto, puede iniciar sesión en el portal para miembros de <Sentara Health Plans> (sentarahealthplans.com/signin) o comunicarse con Servicios al Miembro de Sentara al número que figura en el reverso de su tarjeta de ID. de miembro.

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

C. EXENCIÓN DE LA COBERTURA DE SALUD DEL EMPLEADO O DEL DEPENDIENTE

Si planea elegir una cobertura para usted y sus dependientes, ignore esta sección.

Mi empleador me ha dado la oportunidad de solicitar una cobertura grupal de salud con el plan para mí y mis dependientes (si corresponde). He rechazado solicitar la cobertura como se indica a continuación.

Seleccione la opción que corresponda

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura para mí (y mis dependientes, de haberlos) | <input type="checkbox"/> Rechazo solamente la cobertura para mis hijos. |
| <input type="checkbox"/> Rechazo solamente la cobertura para mi cónyuge. | <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura para mi cónyuge y mis hijos. |

MOTIVOS DEL RECHAZO (DEBE SELECCIONAR UNA OPCIÓN).

- Están cubiertos por otra póliza de cobertura de salud o por CHAMPUS/TRICARE. (Si se marca esta casilla, se requiere información adicional).

Nombre de la compañía de seguros:

Nombre del titular de la póliza:

- Otro motivo: (Se requiere respuesta)

Firma:	Fecha: (mm/dd/aaaa)
--------	---------------------

D. CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (SOLO para los planes Vantage HSA, POS HSA, y Plus HSA)

Administración de la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA): si ha elegido el plan con deducible alto elegible de HSA, usted es elegible para abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). HealthEquity es el proveedor preferido de Sentara para la administración de la cuenta HSA. ¿Desea abrir una cuenta HSA?

- Sí, abra o mantenga mi cuenta de ahorros para gastos médicos existente con HealthEquity.
- No, NO abra una cuenta de ahorros para gastos médicos con HealthEquity.

E. DOMICILIO POSTAL ALTERNATIVO **Empleado:** Sí No **Cónyuge/dependientes:** Sí No

Si el empleado, cónyuge o cualquier dependiente debe recibir correspondencia, información sobre el plan o cualquier otra forma de comunicación en un domicilio distinto del indicado en la **sección B Información del empleado**, indíquelo aquí.

Dirección postal alternativa:		Ciudad:
Estado:	Código postal:	

F. INFORMACIÓN SOBRE LA INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE Y DEPENDIENTES

NOTA: Médico de atención primaria: (PCP): Si solicita un plan de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o un plan punto de servicio (POS) de Sentara Health Plans, seleccione un médico de atención primaria del Directorio de proveedores del plan para cada familiar que figure en la lista. La Organización de Proveedores Preferidos (PPO) no requiere la selección de un médico de atención primaria.

CÓNYUGE <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	¿Utilizar un domicilio postal alternativo para este miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono principal:		Teléfono secundario:	
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

F. INFORMACIÓN SOBRE LA INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE Y DEPENDIENTES *(continuación)*

HIJO 1	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	¿Utilizar un domicilio postal alternativo para este miembro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <i>(dd/mm/aaaa)</i>	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <i>(De conocerlo)</i>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HIJO 2	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	¿Utilizar un domicilio postal alternativo para este miembro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <i>(dd/mm/aaaa)</i>	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <i>(De conocerlo)</i>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HIJO 3	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	¿Utilizar un domicilio postal alternativo para este miembro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <i>(dd/mm/aaaa)</i>	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <i>(De conocerlo)</i>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HIJO 4	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	¿Utilizar un domicilio postal alternativo para este miembro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <i>(dd/mm/aaaa)</i>	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <i>(De conocerlo)</i>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

• *Si tiene más de cuatro (4) dependientes, vuelva a imprimir esta página y continúe completando la información solicitada para todos los dependientes elegibles.*

G. RAZA, ORIGEN ÉTNICO *(Esta información es voluntaria.)*

Sentara Health Plans solicita a los miembros de su plan de salud que proporcionen, de manera voluntaria, información sobre su raza y origen étnico. Usted no tiene que proporcionar esta información para recibir servicios cubiertos bajo su plan de salud. Pedimos esta información para mejorar la calidad de la atención. La información se mantiene estrictamente confidencial y no se compartirá a menos que estemos obligados por ley a divulgarlo.

Raza Blanco/caucásico De color o estadounidense afroestadounidense Indio o nativo de Alaska Asiático Indio asiático Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático	Nativo de Hawái u originario de otra isla del Pacífico Nativo de Hawái Guameño o chamorro Originario de otra isla del Pacífico De Oriente Medio o Norte de África Otra raza que no se encuentra en la lista anterior Prefiero no informar. Desconocido	Origen étnico Hispano No hispano Cubano Mexicano, mexicano estadounidense, chicano Puertorriqueño Otro origen étnico que no se encuentra en la lista anterior Prefiero no informar. Desconocido
---	---	--

	Apellido	Nombre	Raza	Origen étnico
Inscrito				
Cónyuge				
Pareja de hecho				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				

Firma del inscrito

Fecha

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

H. INFORMACIÓN DE OTRA COBERTURA *(Se requiere antes de completar la inscripción).*

¿Las personas que recibirán la cobertura de este plan tendrán una cobertura adicional a la de este plan?

No Si la respuesta es NO, pase a la sección H.

Sí Si la respuesta es SÍ, proporcione la siguiente información sobre la cobertura.

Persona asegurada (nombre):	N.º de identificación (póliza)
Fecha de entrada en vigor: (dd/mm/aaaa)	Nombre del empleador o de la organización que proporciona la cobertura:
Nombre de la compañía aseguradora:	Enumere todas las personas que solicitan cobertura y que también estarán cubiertas por este seguro.

En caso de cobertura de Medicare:
Si más de una persona tiene cobertura de Medicare, vuelva a imprimir esta página y complete la información requerida.

Persona cubierta: (Nombre)	Número de HIC:
Fecha de entrada en vigor: Parte A (dd/mm/aaaa)	Fecha de entrada en vigor: Parte B (dd/mm/aaaa)
Elegible debido a: <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años <input type="checkbox"/> Jubilado	
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD) <input type="checkbox"/> Discapacidad y ESRD actual	
Mes/Año:	Mes/año:

I. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

El solicitante primario debe firmar y fechar la siguiente sección.

Comprendo que ninguna cobertura estará vigente hasta que Sentara determine la elegibilidad para la cobertura y me comunique la primera fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Comprendo que la prima que adjunto se aplicará a la cobertura de las personas elegibles; y comprendo que la prima se reembolsará si no hay personas elegibles para la cobertura seleccionada y no se acepta ninguna otra cobertura. También entiendo que dejar de pagar las primas de acuerdo con esta disposición y los términos de la póliza dará lugar a que se deniegue la renovación o a se suspenda la póliza emitida a partir de esta solicitud.

Entiendo que la cobertura no estará vigente hasta la fecha de entrada en vigor que se muestra en el programa de beneficios expedido para mí y mis dependientes. Solicito cobertura de salud para las personas indicadas en la solicitud y acepto que debemos respetar las disposiciones relativas a la cobertura que figuran en el documento de la póliza en el que nos inscribiremos. Comprendo que es mi responsabilidad informar a Sentara sobre cualquier cambio en mi elegibilidad y la de mis dependientes. Acepto presentar la documentación acreditativa aceptable para Sentara en caso de que se me solicite.

Nombre del suscriptor:

Nombre del empleador:

I. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN *(continuado)*

Comprendo que Sentara puede recibir y recopilar información personal de personas distintas a mí. La información personal o privilegiada recopilada puede divulgarse a terceros sin autorización. Comprendo que tengo derecho a acceder y corregir toda la información personal recopilada sobre mí y que recibiré, si lo solicito, el aviso completo de Sentara sobre las prácticas de recopilación y divulgación de información.

Por la presente autorizo a cualquier proveedor de servicios de salud o a cualquier compañía de seguros que posea registros médicos personales o tenga conocimiento de mi salud o de la salud de mis dependientes a brindar a Sentara dicha información médica personal a los fines de administrar las disposiciones de coordinación de beneficios y para el pago de reclamos una vez inscrito. Esta autorización se extenderá a los representantes de Sentara según sea necesario para cumplir con los fines de la divulgación. Esta autorización no se extenderá a la divulgación de las notas que tome un proveedor durante las sesiones de psicoterapia que se mantengan por separado del resto del registro médico del proveedor.

Comprendo que toda información médica personal recibida por Sentara en virtud de esta solicitud está sujeta a restricciones de divulgación a terceros según lo establecido por las leyes estatales y federales. Comprendo que existe la posibilidad de que se vuelva a divulgar cualquier información divulgada en virtud de esta autorización, y que la información, una vez divulgada, puede dejar de estar protegida por las reglas federales que rigen la privacidad y la confidencialidad. Entiendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que yo o mi representante legal autorizado podemos recibir una copia de esta autorización, previa solicitud, y acepto que una fotocopia de esta autorización tenga la misma validez que el original. Comprendo que, a fines del proceso y el pago de los reclamos y de la administración de las disposiciones de coordinación de beneficios, esta autorización es válida durante la vigencia de la póliza.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Sentara Health Plans o Sentara Health Insurance Company al 1300 Sentara Park, Virginia Beach, VA 23464. También comprendo que mi revocación no afectará a los derechos de ninguna persona que haya actuado en función de la autorización antes de recibir el aviso de mi revocación. Entiendo que, con el propósito de recoger información en relación con esta solicitud, esta autorización es válida hasta 30 meses desde el momento de mi firma y, con el propósito de recoger información en relación con el reclamo de beneficios, esta autorización es válida durante el plazo de la cobertura para la póliza.

Si un representante legal firma en nombre del solicitante o de cualquier otra persona a recibir cobertura, la firma del representante legal constituye un testimonio de que el representante legal posee la autoridad de firmar en nombre de dicha persona. Además, entiendo que yo o mi representante legal podemos recibir una copia de esta solicitud a pedido.

Si usted o alguno de sus dependientes cubiertos están cubiertos por más de un plan de salud, los beneficios de su plan de Sentara se coordinarán para que los mismos servicios de atención médica no se paguen dos veces.

Yo, y mi agente (si corresponde), por la presente certifico que he leído, o me han leído, la solicitud completada; y que reconozco que cualquier declaración falsa o tergiversación en la solicitud puede resultar en la pérdida de cobertura en virtud de esta póliza.

Firma del solicitante primario o nombre en letra de imprenta, firma y cargo
del representante legal:

Fecha: (mm/dd/aaaa)