

**Sentara Health Plans**

**Sentara Health Insurance Company**

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

## **CONSEJOS PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

***Si va a inscribir a su cónyuge, pareja de hecho o hijos, lea esto primero.***

Las siguientes situaciones requieren que presente información o documentación adicional para que su cónyuge, pareja de hecho o sus hijos de hasta 26 años puedan inscribirse en su plan de salud. Sin esta información, su inscripción y las tarjetas de id. pueden retrasarse.

### **Coordinación de beneficios**

Complete la página de información sobre la coordinación de beneficios únicamente si usted o alguno de los familiares que se inscriban tendrán cobertura médica además del plan Sentara (marque «Sí» en la sección 8: Cobertura adicional).

### **Continuación de la cobertura para hijos con discapacidad intelectual o física:**

Los hijos mayores de 26 años con una discapacidad intelectual o física pueden seguir siendo elegibles para la cobertura. Puede comunicarse con Servicios al Miembro para solicitar este formulario o información adicional.

### **Revise detenidamente su solicitud para asegurarse de que todas las fechas de nacimiento y los números del Seguro Social son correctos.**

Asegúrese de incluir las fechas de nacimiento y los números del Seguro Social para cada persona que estará cubierta por el plan.

## Página de información sobre la coordinación de beneficios

\* Conserve una copia de esta página de coordinación de beneficios para sus registros.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ N.º de seg. social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

NOTA: Complete la sección 1 y la sección 3 si tiene un seguro comercial adicional.  
Complete la sección 2 y la sección 3 si tiene Medicare.

### SECCIÓN 1 (seguro comercial)

Nombre de otra compañía aseguradora de salud: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Número del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Indique los miembros de la familia cubiertos por este seguro: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 2 (información sobre Medicare)

Solicitante: \_\_\_\_\_ N.º de reclamo: \_\_\_\_\_

Seguro hospitalario (Parte A) Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

Seguro hospitalario (Parte B) Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

¿Está jubilado?    Sí                       No                       Fecha de jubilación: \_\_\_\_\_

Cónyuge: \_\_\_\_\_ Nro. de reclamo: \_\_\_\_\_

Pareja de hecho: \_\_\_\_\_ Nro. de reclamo: \_\_\_\_\_

Seguro hospitalario (Parte A) Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_

Seguro hospitalario (Parte B) Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

Su cónyuge está jubilado:                      Sí                       No                       Fecha de jubilación: \_\_\_\_\_

¿Su pareja de hecho está jubilada?:    Sí                       No                       Fecha de jubilación: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 3

Por la presente certifico que, salvo en los casos indicados anteriormente, no se ofrece ningún servicio ni se efectúa ningún pago a través de ningún otro seguro médico grupal o plan de servicios médicos grupales.

**Fecha:** \_\_\_\_\_



**Sección 9****Comunicaciones.**

Marque las siguientes casillas según sus preferencias para recibir comunicaciones de Sentara.

**¡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 &lt;Sentara Health Plans&gt; 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](http://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](http://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.

**Sección 10**

Enumere a continuación todas las personas dependientes que se incluirán en la solicitud de inscripción.

(No es necesario para los planes Plus [PPO]).

Nro. del Seguro Social		Apellido	Nombre, inicial segundo nombre	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	M/ F	Médico de cabecera y número de ID		Paciente actual
						DR.	SÍ / NO	
	CÓNYUGE					DR.		SÍ / NO
	PAREJA DE HECHO					DR.		SÍ / NO
	HIJO					DR.		SÍ / NO
	HIJO					DR.		SÍ / NO
	HIJO					DR.		SÍ / NO
	HIJO					DR.		SÍ / NO

SI SE INCLUYE EN LA PÓLIZA, FECHA DEL EVENTO CALIFICADOR (NACIMIENTO, MATRIMONIO, ETC.) \_\_\_\_\_

Solicito la cobertura de Sentara para mí y para los familiares indicados. Acepto que, una vez inscrito, mis familiares y yo cumpliremos con las disposiciones de cobertura del contrato de grupo y la Evidencia de cobertura o el certificado de seguro en el que estaremos inscritos. Sentara es el nombre comercial de varias empresas diferentes, incluidas Sentara Health Plans y Sentara Health Insurance Company.

Comprendo que la tergiversación en las respuestas a las preguntas de esta solicitud o la falta de pago de las primas puede provocar la pérdida de la cobertura del plan de salud grupal.

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. Comprendo que recibiré, si lo solicito, el aviso completo de Sentara sobre las prácticas de recopilación y divulgación de información.

Autorizo a cualquier médico, hospital, farmacia u otro proveedor de servicios o suministros de salud a divulgar a Sentara información médica y de otro tipo relacionada con la elegibilidad para la cobertura o un reclamo de beneficios relacionados con las personas especificadas en esta solicitud. Esta autorización se extenderá a los representantes de Sentara según sea necesario para cumplir con los fines de la divulgación. También otorgo a Sentara el derecho de recibir y divulgar información de otras compañías de seguros según sea necesario para administrar las disposiciones de coordinación de beneficios (COB) en virtud de la póliza grupal o el contrato de grupo.

Comprendo que Sentara, al recibir la información, puede utilizarla para evaluar la elegibilidad para la cobertura, un reclamo de beneficios, una solicitud de cambio en los beneficios de la póliza o administrar la COB. 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.

Toda información 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.

Comprendo y acepto que ningún beneficio entrará en vigencia hasta que Sentara reciba y procese esta solicitud y se me haya entregado una tarjeta de ID de Sentara con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Comprendo que es mi responsabilidad informar y verificar a Sentara cualquier cambio en mi elegibilidad o en la de mis familiares cubiertos. Si se solicita, acepto presentar la documentación aceptable. Entiendo también que estoy obligado a pagar cualquier copago, coaseguro o deducción aplicables en el momento que los servicios se presten.

Certifico que conservo una copia de la solicitud completada para mis registros. Entiendo que esta solicitud formará parte del Contrato Colectivo. Entiendo asimismo que yo o mi representante autorizado puedo recibir una copia de este formulario bajo solicitud previa. Estoy de acuerdo con que una fotocopia de esta autorización tenga la misma validez que la original.

Entiendo que, con el propósito de recopilar 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 de la póliza.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Administrador de beneficios \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_