

N.º de suscriptor:

Fecha:

Sentara Health Plans

Sentara Health Insurance Company

**Solicitud de inscripción y exención para el mercado medio  
Coordinación de beneficios**

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

Selección del plan de Sentara			
	Productos HMO/POS suscritos por Sentara Health Plans		Productos PPO suscritos por Sentara Health Insurance Company
Seleccione una opción:	<input type="checkbox"/> Vantage (HMO)	<input type="checkbox"/> POS/ <input type="checkbox"/> POSA (POS)	<input type="checkbox"/> Plus (PPO)
Indique el nombre del plan: _____			

**IMPORTANTE:**

- La información incompleta **retrasará la inscripción**. Complete todas las secciones con tinta azul o negra.
- Deben indicarse los números del Seguro Social del suscriptor principal, del cónyuge, de la pareja de hecho y de los hijos dependientes cubiertos por este plan.
- Si va a agregar a un cónyuge, pareja de hecho 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 cónyuge, dependiente, pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre
<input type="checkbox"/> CANCELAR TODO	<input type="checkbox"/> Cancelar cónyuge, dependiente, pareja de hecho	<input type="checkbox"/> COBRA (fecha de entrada en vigencia):	<input type="checkbox"/> Cambio de 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 contrato: (dd/mm/aaaa)	Fecha de entrada en vigor de la cobertura: (dd/mm/aaaa) (se debe cumplir el periodo de espera para empleados nuevos)	Fecha de cancelación de la cobertura: (mm/dd/aaaa)	

**B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (ESCRIBA SU NOMBRE LEGAL EN IMPRENTA)**

¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro?  Sí  No

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: (N.º de apartado postal)	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de Seguridad Social:		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)	
Teléfono principal:	Teléfono secundario:	Sexo:	Discapacidad:
<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"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<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. Los planes de organización de proveedores preferidos (PPO) y de organización de proveedores preferidos fuera del área (OOA) no requieren la selección de atención primaria.

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:

**B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (continuación)**

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

**Ingrese su dirección de correo electrónico** para inscribirse en el Programa para Dejar de Utilizar Papeles. Al inscribirse, usted acepta recibir comunicaciones electrónicas de Sentara. Esto incluye las comunicaciones por correo electrónico y el aviso de que las copias de sus documentos electrónicos de la póliza, la Explicación de beneficios (EOB) y otros avisos del plan están disponibles a través del portal seguro para miembros de Sentara en línea ([www.Sentarahealth.com/members](http://www.Sentarahealth.com/members)) o de la aplicación móvil de Sentara, en lugar de recibir los documentos impresos a través de la entrega personal o el correo postal de los EE. UU. No tiene que inscribirse en nuestro Programa para Dejar de Utilizar Papeles para inscribirse en el plan de salud.

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Al proveer su dirección de correo electrónico, acepta recibir comunicaciones electrónicas en dicha dirección de correo electrónico que le comuniquen información importante sobre el plan de salud, incluidos, entre otros, el certificado de seguro, la Evidencia de cobertura, la Explicación de beneficios (EOB), las actualizaciones del plan y los documentos del Resumen uniforme de beneficios. Puede revocar en cualquier momento su consentimiento para recibir las comunicaciones electrónicas o solicitar una copia impresa de cualquier documento.

**Notificaciones telefónicas y consentimiento:**

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Al proporcionar su número de teléfono, usted otorga su consentimiento para que Sentara y sus representantes se comuniquen con usted mediante ese número o cualquier otro número de teléfono que nos haya provisto en esta solicitud, incluidos los números de teléfonos móviles. Usted comprende que no está obligado a aceptar y que aceptar no es una condición para ser miembro de Sentara ni para recibir atención médica. 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. Estas comunicaciones pueden incluir, entre otros, encuestas, mensajes de marketing para promocionar productos y servicios brindados por Sentara, recordatorios para realizar renovaciones antes del vencimiento de su plan, información sobre medicación, bienestar, atención preventiva, inscripción al plan de salud, preferencias de comunicación, pago y otra información que Sentara o sus representantes consideren que puede interesarle o ser relevante para usted. El contenido de estas comunicaciones, que pueden incluir información médica, no se cifrará. Sentara no le cobrará por estas comunicaciones. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos de la compañía aseguradora. Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento. Para cancelar voluntariamente las llamadas telefónicas, comuníquese con Sentara al 1-800-741-9910. Para cancelar voluntariamente los mensajes de texto, envíe un mensaje de texto con la palabra «STOP» (Parar) al código corto 59270 o llame al 1-800-741-9910.

**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*

- Rechazo la cobertura para mí (y mis dependientes, de tenerlos)
- Rechazo solamente la cobertura para mis hijos.
- Rechazo la cobertura solo para mi cónyuge.
- Rechazo la cobertura para mi cónyuge, mi pareja de hecho y mis hijos.
- Rechazo la cobertura solo para mi pareja de hecho.

**MOTIVOS DEL RECHAZO (DEBE SELECCIONAR UNA OPCIÓN).**

- Cobertura con otra póliza de cobertura de salud o 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 Equity Vantage, Equity POS y Equity Plus)**

**Administración de la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA):** si ha elegido el plan con deducible alto elegible de Equity/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.

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

<b>E. DOMICILIO POSTAL ALTERNATIVO</b>	Empleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cónyuge, dependiente, pareja de hecho: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	--

Si el empleado, cónyuge, pareja de hecho 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.

Domicilio postal alternativo:	Ciudad:
Estado:	Código postal:

<b>F. INFORMACIÓN SOBRE LA INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE, PAREJA DE HECHO Y DEPENDIENTES</b>
--

**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/POSA) de Sentara Health Plans, seleccione un médico de atención primaria del Directorio de proveedores del plan para cada familiar que figure en la lista. Los planes de organización de proveedores preferidos (PPO) y de organización de proveedores preferidos fuera del área (OOA) de Sentara Health Insurance Company no requieren la selección de atención primaria.

<b>CÓNYUGE</b> <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguridad Social:	Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)		
Teléfono principal:	Teléfono secundario:	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: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>PAREJA DE HECHO</b>	Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/>	¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------------	--	--

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguridad Social:	Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)		
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>HIJO 1</b>	Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/>	¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------	--	--

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguridad Social:	Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)		
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>HIJO 2</b>	Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/>	¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------	--	--

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguridad Social:	Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)		
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, PAREJA DE HECHO Y DEPENDIENTES (continuación)**

<b>HIJO 3</b>		<input type="checkbox"/> Agregar	<input type="checkbox"/> Cancelar	¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apellido:		Nombre:			Inicial del segundo nombre:		
Número de Seguridad Social:		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)		Sexo:		Discapacidad:	
				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del PCP:		Nombre del PCP:		Número de proveedor: <small>(De conocerlo)</small>		¿Es su paciente actualmente?	
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>HIJO 3</b>		<input type="checkbox"/> Agregar	<input type="checkbox"/> Cancelar	¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apellido:		Nombre:			Inicial del segundo nombre:		
Número de Seguridad Social:		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)		Sexo:		Discapacidad:	
				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del PCP:		Nombre del PCP:		Número de proveedor: <small>(De conocerlo)</small>		¿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. INFORMACIÓN DE OTRA COBERTURA (Se requiere antes de completar la inscripción).**

¿Alguna persona de las que estarán cubiertas por este plan contará con otra cobertura además de la que proporciona 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):		Nro. de identificación (póliza)
Fecha de entrada en vigor: (dd/mm/aaaa)	Nombre del empleador o de la organización que brinda 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 vigencia: Parte A <small>(dd/mm/aaaa)</small>	Fecha de entrada en vigencia: Parte B <small>(dd/mm/aaaa)</small>

**Elegible debido a:**

Mayor de 65 años    Discapacidad    Trabajo    Jubilado  
 Enfermedad renal en etapa terminal    Discapacidad y enfermedad renal en etapa terminal actual

Mes/Año: \_\_\_\_\_   Mes/año: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor:

Nombre del empleador:

## H. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

### El solicitante principal debe firmar y fechar la siguiente sección.

He leído o me han leído la solicitud completada. Conservo una copia de la solicitud completada y reconozco que cualquier falso testimonio en la solicitud puede dar como resultado la pérdida de la cobertura de esta póliza.

Entiendo que la cobertura se aplicará mediante el plan de salud de mi empleador. Entiendo que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura y que la cobertura solo entrará en vigor si mi empleador realiza dicha solicitud de cobertura. Trabajo en el lugar de trabajo del empleador en el empleo de tiempo completo al menos veinticinco (25) horas por semana. Si soy aceptado como elegible para la cobertura, autorizo a mi empleador a realizar las deducciones de mis ganancias necesarias para proveer mi aporte para esta cobertura y comprendo que mi empleador realiza este servicio para mi beneficio y no es un agente de seguros de Sentara Health Plans o Sentara Health Insurance Company.

Comprendo que la cobertura entra en vigencia en la fecha que figura en la tarjeta de id. de miembro que me han emitido a mí o a mis dependientes. Solicito cobertura de salud para las personas que figuran en la solicitud y acepto que cumpliré los requisitos del contrato de grupo y la Evidencia de cobertura o certificado de seguro emitido a mi empleador cuando me inscriba en el plan de mi empleador.

Comprendo que es mi responsabilidad informar a Sentara Health Insurance Company o a Sentara Health Plans sobre cualquier cambio en mi situación o en la de mis dependientes, como un cambio de trabajo, matrimonio o divorcio, o situación de vida que pudiera afectar mi elegibilidad y la de mis dependientes para la cobertura del plan de salud de mi empleador. Acepto presentar pruebas de mi empleo y cualquier otra información de elegibilidad que Sentara solicite de manera razonable.

Por la presente autorizo a cualquier proveedor de servicios de salud, o a cualquier compañía de seguros que tenga mis registros médicos personales o conocimiento de mi salud o de la salud de mis dependientes, a proporcionar a Sentara Health Plans o a Sentara Health Insurance Company, como se indicó en la página uno, cualquier información de este tipo con el fin de administrar mis beneficios de salud y para el pago de reclamos para mí o para mis dependientes que estén inscritos en el plan de salud de mi empleador. 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 tiene 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. 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 si revoco mi autorización, esto no afectará a los derechos de ninguna persona que haya actuado en función de la autorización antes de recibir el aviso de que la revoco.

Si un representante legal firma en nombre del solicitante o de cualquier otra persona que deba ser cubierta, la firma del representante legal constituye una certificación de que el representante legal posee la autoridad para firmar en nombre del individuo.

X

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

Fecha: (mm/dd/aaaa)