

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 contratación: (mm/dd/aaaa)	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: (mm/dd/aaaa) <i>(Se debe cumplir el periodo de espera para los nuevos empleados)</i>	Fecha de cancelación de la cobertura: (mm/dd/aaaa)	

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

(ESCRIBA SU NOMBRE LEGAL EN IMPRENTA)

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

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: (N.º de apartado postal)	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número del Seguro 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

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

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

E. DOMICILIO POSTAL ALTERNATIVO *Empleado:* Sí No *Cónyuge, dependiente, pareja de hecho:* Sí 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:

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

F. INFORMACIÓN SOBRE LA INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE, PAREJA DE HECHO 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/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.

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:	
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)	
Teléfono principal:		Teléfono secundario:	
		Sexo: <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: (De conocerlo)	
		¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

PAREJA DE HECHO <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:	
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)	
		Sexo: <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: (De conocerlo)	
		¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

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:	
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)	
		Sexo: <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: (De conocerlo)	
		¿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:	
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)	
		Sexo: <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: (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)*

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: (De conocerlo)	¿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: (De conocerlo)	¿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)*

¿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):	Nro. de identificación (póliza)
Fecha de entrada en vigor: <i>(dd/mm/aaaa)</i>	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 <i>(dd/mm/aaaa)</i>	Fecha de entrada en vigencia: Parte B <i>(dd/mm/aaaa)</i>
Elegible debido a: <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal <input type="checkbox"/> 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 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.

X

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

Fecha: (dd/mm/aaaa)