

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: _____

**Sentara Health Plans y Sentara Health Insurance Company
Solicitud de inscripción para grupos grandes (combinados)**

IMPORTANTE: La información incompleta retrasará la inscripción. Utilice bolígrafo, presione firmemente y escriba de forma clara.

Sección 4

Deberá completarla el empleador N.º del grupo _____ N.º de subgrupo: _____

Necesario

Necesario, si corresponde

- NUEVO
 Inscripción abierta
 Continuación de la cobertura
 Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado
 Cambio de PCP o de domicilio
 Cancelar todo
 Agregar cónyuge, dependiente, pareja de hecho
 Cancelar cónyuge, dependiente, pareja de hecho
 Reintegración

Nombre del empleador	Fecha de entrada en vigor/terminación	N.º de seguro social del empleado	Fecha de contratación

Sección 5

Selección de planes de Sentara Health Plans:
Productos HMO/POS suscritos por Sentara Health Plans

Selección de planes de Sentara Health Insurance Company:
Productos PPO suscritos por Sentara Health Insurance Company

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Vantage (HMO) | <input type="checkbox"/> POS | <input type="checkbox"/> Vantage POSA | <input type="checkbox"/> Plus (PPO) |
| <input type="checkbox"/> Vantage Equity (HMO) | <input type="checkbox"/> POS Equity | <input type="checkbox"/> POSA Equity | <input type="checkbox"/> Plus Equity (PPO) |
| <input type="checkbox"/> Vantage Design (HMO) | <input type="checkbox"/> POS Design | <input type="checkbox"/> POSA Design | <input type="checkbox"/> Plus Design (PPO) |

Indique el nombre del plan: _____

Sección 6

DEBERÁ COMPLETARLA EL EMPLEADO (ESCRIBA EL NOMBRE LEGAL EN IMPRENTA)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Médico de atención primaria y número de identificación: Dr. _____ ¿Es su paciente actualmente? S / N

Dirección: _____ Idioma principal: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Teléfono principal: (_____) _____ Teléfono secundario: (_____) _____

- Móvil
 Domicilio
 Trabajo
 Móvil
 Domicilio
 Trabajo

Sección 7

➔ **NOTA: Complete esta sección solo si usted ha marcado un plan Equity en la sección 5**

Administración de la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)-si ha elegido el plan con deducible alto elegible de Equity/HSA ofrecido por su empleador, 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? _____ Fecha de entrada en vigencia: _____

Sí, ABRA o mantenga mi cuenta de ahorro para gastos de salud existente para mí con HealthEquity.

No, NO abra una cuenta de ahorros para gastos de salud para mí con HealthEquity.

Sección 8**Cobertura adicional: INFORMACIÓN OBLIGATORIA QUE DEBE COMPLETAR EL EMPLEADO PARA TODAS LAS PERSONAS ENUMERADAS A CONTINUACIÓN.**

¿Alguna de las personas enumeradas a continuación tendrá algún otro seguro médico además de Sentara cuando esta cobertura entre en vigencia?

Sí No

Si la respuesta es Sí, complete las secciones 1, 2 y 3 en el formulario de la Coordinación de Beneficios adjunto. Si tiene otra cobertura de salud y ha elegido una cuenta HSA, consulte con su asesor fiscal acerca de sus criterios de elección para contribuir con una HSA.

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

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) 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.

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
	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 _____