

N.º de suscriptor:

Fecha:

Sentara Health Plans

Sentara Health Insurance Company

Cuestionario de salud del empleado

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

IMPORTANTE:

SOLO complete este formulario si su empleador tiene 51 empleados o más en total Y menos de 151 de esos empleados son elegibles para el plan de salud.

INFORMACIÓN (ESCRIBA SU NOMBRE LEGAL EN LETRA DE IMPRENTA)

Indique el nombre y la fecha de nacimiento de cada persona que figura en su solicitud de miembro completada:

Empleado	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Cónyuge	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Pareja de hecho	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Hijo 1	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Hijo 2	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Hijo 3	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Selección del plan de Sentara

Productos HMO/POS suscritos por Sentara Health Plans

Productos PPO suscritos por Sentara Health Insurance Company

Seleccione una opción:

Vantage (HMO)

POS/
 POSA (POS)

Plus (PPO)

Indique el nombre del plan: _____

Número del grupo	Nombre del grupo	Cuestionario de salud del empleado	
Fecha de entrada en vigor	Número de membresía del suscriptor	Nombre del suscriptor	

B.(a) HISTORIAL DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Proporcione información sobre cualquier medicamento recetado (incluidas las inyecciones) que usted o cualquiera de sus dependientes indicados haya utilizado en los últimos 5 años. Proporcione información sobre el consumo pasado y actual de medicamentos de venta bajo receta. Si necesita más espacio, vuelva a imprimir esta página para agregar la información adicional.

Nombre de la persona	Medicamentos	Dosis (cantidad y frecuencia)	Fecha de inicio del uso	Fecha de finalización del uso

B.(b) HISTORIAL DE TRATAMIENTO MÉDICO

Si marcó "sí" en cualquier parte de la SECCIÓN 1, proporcione información completa sobre el diagnóstico, la afección o el tratamiento; incluya todas las hospitalizaciones, cirugías y pruebas de diagnóstico. Si necesita más espacio, vuelva a imprimir esta página para agregar la información adicional.

Nombre de la persona	Diagnóstico/afección/tratamiento	Fecha del diagnóstico	Nombre y dirección del médico tratante	¿Recuperación completa?

Número del grupo	Nombre del grupo	Cuestionario de salud del empleado	
Fecha de entrada en vigor	Número de membresía del suscriptor	Nombre del suscriptor	

C. CERTIFICACIÓN SUPLEMENTARIA DEL PERFIL MÉDICO

Lea y proporcione su firma y la fecha. SE REQUIERE la firma para la revisión de la suscripción.

He leído o me han leído la solicitud completada y soy consciente de que si presento declaraciones falsas o una tergiversación material intencionada de los hechos en esta solicitud, es posible que pierda la cobertura o que no tenga cobertura. Acepto que si mi cobertura es cancelada o rescindida debido a mis tergiversaciones o acciones fraudulentas, yo sería responsable de pagar los reclamos de atención médica en los que incurrí y no Sentara Health Plans o Sentara Health Insurance Company.

Comprendo y acepto que Sentara Health Plans o Sentara Health Insurance Company, según lo seleccionado en la página 1 de esta solicitud, se basará en la información y las respuestas anteriores para establecer las tarifas de primas grupales para la cobertura de atención médica.

Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, otro proveedor médico o relacionado con la medicina, centro, compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga conocimiento de mi salud o de la salud de mi cónyuge, pareja de hecho o dependientes, según lo indicado en mi solicitud de miembro completada, a divulgar dicha información a Sentara en la medida que lo permita la ley. La información divulgada a Sentara se utilizará con el fin de compilar una evaluación precisa de esta solicitud y para establecer las tarifas de primas grupales para el grupo.

Comprendo que esta autorización se extenderá a los representantes de Sentara, según lo seleccionado en la página 1 de mi solicitud de miembro completada, según sea necesario para cumplir con los fines de la divulgación. Esta autorización no permite el uso o la divulgación de notas de psicoterapia. Esta autorización es válida durante la vigencia de la cobertura del plan grupal en relación con el pago de reclamos, y en relación con una solicitud de cobertura, reintegración de la póliza o una solicitud de cambio en los beneficios de la póliza, esta autorización será válida durante treinta (30) meses a partir de la fecha que se indica a continuación.

Comprendo que Sentara puede ponerse en contacto conmigo, según lo indicado en la página 1 de mi solicitud de miembro completada, para obtener información adicional de seguimiento sobre las afecciones de salud divulgadas en la sección B de este cuestionario para mí, mi cónyuge, pareja de hecho o mis dependientes cubiertos.

Comprendo que yo o mi representante autorizado podemos recibir una copia de esta autorización si la solicitamos. Estoy de acuerdo con que una fotocopia de esta autorización tenga la misma validez que la original.

Certifico que trabajo en el domicilio comercial del empleador a tiempo completo al menos veinticinco (25) horas a la semana.

Entiendo que la cobertura se aplicará mediante el plan de salud de mi empleador. Comprendo que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura y que dicha cobertura solo entrará en vigencia si mi empleador presentó una solicitud de 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.

Solicito cobertura de salud para las personas indicadas y acepto que debemos respetar las disposiciones relativas a la cobertura que figuran en el documento de cobertura en el que nos inscribiremos. Comprendo que estoy obligado a seleccionar un médico de atención primaria participante en el plan para mí y para mis dependientes cubiertos si elijo el plan HMO de Sentara Health Plans o el plan POS/POSA de Sentara Health Plans. Comprendo que es mi responsabilidad informar al plan indicado en la página 1 de esta solicitud sobre cualquier cambio en la elegibilidad de mis dependientes. Si se solicita, se suministrará la documentación. También comprendo que estoy obligado a pagar el copago o coseguro aplicable en el momento en que se brinden los servicios.

Nombre del empleado (<i>En letra de imprenta</i>)	Nombre de la empresa:	
Firma del empleado en tinta	Fecha:	Teléfono durante el día: