



Health Plans

1300 Sentara Park
Virginia Beach, VA 23464

SOLO PARA USO DEL PLAN

N.º de suscriptor:

Fecha:

Sentara Health Plans y Sentara Health Insurance Company Solicitud de inscripción y exención para grupo reducido 1-50 Coordinación de beneficios

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

Selección de planes de Sentara Health Plans:

Productos HMO/POS suscritos por Sentara Health Plans

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vantage (HMO) | <input type="checkbox"/> POS (POS) | <input type="checkbox"/> Direct POS Design (POS) |
| <input type="checkbox"/> Vantage HSA (HMO) | <input type="checkbox"/> Direct POS (POS) | <input type="checkbox"/> Select Vantage RICH(HMO) |
| <input type="checkbox"/> Direct Vantage Equity (HMO) | <input type="checkbox"/> POS/POSA HSA (POS) | <input type="checkbox"/> Select Vantage HSA RICH(HMO) |
| <input type="checkbox"/> Direct Vantage (HMO) | <input type="checkbox"/> Direct POS HSA (POS) | |

Beneficio específico del plan: _____

Sentara Health Insurance Company

Selección del plan:

Productos PPO suscritos por Sentara Health Insurance Company

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Direct Plus (PPO) | <input type="checkbox"/> Direct Plus HSA (PPO) |
| <input type="checkbox"/> Out-of-Area Plus (OOAPPO) | <input type="checkbox"/> Out-of-Area HSA Plus (OOAPPO) |

Beneficio específico del plan: _____

Beneficios de salud bucal pediátricos:

Esta póliza no ofrece los beneficios mínimos de salud bucal pediátricos esenciales requeridos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). La cobertura odontológica independiente que incluya dichos beneficios debe estar a su disposición para su adquisición por separado de un plan dental independiente calificado.

IMPORTANTE:

- La información incompleta **retrasará la inscripción**. Complete todas las secciones con tinta azul o negra.
- Se deberá proporcionar los números de seguro social del solicitante principal, cónyuge e hijo(s) dependiente(s) cubiertos por este plan.
- Si va a agregar a un cónyuge 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 dependiente/cónyuge | <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio | <input type="checkbox"/> Cambio de nombre |
| <input type="checkbox"/> CANCELAR TODO | <input type="checkbox"/> Cancelar dependiente/cónyuge | <input type="checkbox"/> COBRA (fecha de entrada en vigencia): | <input type="checkbox"/> Cambio de proveedor de atención primaria (PCP) |

Nombre del grupo:	Número de grupo:	Número de subgrupo:	Número del suscriptor:
-------------------	------------------	---------------------	------------------------

Firma del administrador del beneficio (obligatorio)	Estado: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Slario
---	--

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

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

(ESCRIBA EL 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) de Sentara Health Insurance Company 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) 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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura para mí (y mis dependientes, si corresponde). | <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura solo para mis hijos. |
| <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura solo para mi cónyuge. | <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura para mi cónyuge 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)*

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

D. CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (SOLO para los planes Vantage Equity, POS Equity y Plus Equity)

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/dependientes:* Sí No

Si el empleado, cónyuge 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.

<i>Domicilio postal alternativo:</i>		<i>Ciudad:</i>
<i>Estado:</i>	<i>Código postal:</i>	

F. INFORMACIÓN SOBRE LA INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE 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) no requieren la selección de atención primaria.

CÓNYUGE Agregar Cancelar *¿Utilizar un domicilio postal alternativo para este miembro?* Sí No

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono principal:		Teléfono secundario:	
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 Y DEPENDIENTES *(continuación)*

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

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:	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: <i>(De conocerlo)</i>	¿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:	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: <i>(De conocerlo)</i>	¿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.

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

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 NEGATIVA, pase a la sección H.

Sí Si la respuesta es AFIRMATIVA, proporcione la siguiente información sobre dicha 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 (dd/mm/aaaa)	Fecha de entrada en vigencia: Parte B (mm/dd/aaaa)			
Elegible debido a:	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> 65 años de edad o mayor	<input type="checkbox"/> Jubilado
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal en fase terminal (ESRD) Mes/año:	<input type="checkbox"/> Discapacidad y ESRD actual Mes/año:			

H. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

El solicitante primario debe firmar y colocar la fecha en la siguiente sección.

Comprendo que ninguna cobertura estará vigente hasta que Sentara determine la elegibilidad para la cobertura y me comunique la primera fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Comprendo que la prima que adjunto se aplicará a la cobertura de las personas elegibles; y comprendo que la prima se reembolsará si no hay personas elegibles para la cobertura seleccionada y no se acepta ninguna otra cobertura. También entiendo que dejar de pagar las primas de acuerdo con esta disposición y los términos de la póliza dará lugar a que se deniegue la renovación o a se suspenda la póliza emitida a partir de esta solicitud.

Entiendo que la cobertura no estará vigente hasta la fecha de entrada en vigor que se muestra en el programa de beneficios expedido para mí y mis dependientes. Solicito cobertura de salud para las personas indicadas en la solicitud y acepto que debemos respetar las disposiciones relativas a la cobertura que figuran en el documento de la póliza en el que nos inscribiremos. Comprendo que es mi responsabilidad informar a Sentara sobre cualquier cambio en mi elegibilidad y la de mis dependientes. Acepto presentar la documentación acreditativa aceptable para Sentara en caso de que se me solicite.

Nombre del suscriptor:

Nombre del empleador:

H. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN *(continuación)*

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

Por la presente autorizo a cualquier proveedor de servicios de salud o a cualquier compañía de seguros que posea registros médicos personales o tenga conocimiento de mi salud o de la salud de mis dependientes a brindar a Sentara dicha información médica personal a los fines de administrar las disposiciones de coordinación de beneficios y para el pago de reclamos una vez inscrito. Esta autorización se extenderá a los representantes de Sentara según sea necesario para cumplir con los fines de la divulgación. 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 tenga la misma validez que el original. 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 mi revocación no afectará a los derechos de ninguna persona que haya actuado en función de la autorización antes de recibir el aviso de mi revocación. Entiendo que, con el propósito de recoger 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 para la póliza.

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. Además, entiendo que yo o mi representante legal podemos recibir una copia de esta solicitud a pedido.

Si usted o alguno de sus dependientes cubiertos están cubiertos por más de un plan de salud, los beneficios de su plan de Sentara se coordinarán para que los mismos servicios de atención médica no se paguen dos veces.

Yo, y mi agente (si corresponde), por la presente certifico que he leído, o me han leído, la solicitud completada; y que reconozco que cualquier declaración falsa o tergiversación en la solicitud puede resultar en la pérdida de cobertura en virtud de esta póliza.

El solicitante primario debe firmar y colocar la fecha en la siguiente sección.

Firma del solicitante primario *o nombre en letra de imprenta, firma y cargo*
del representante legal:

Fecha: (mm/dd/aaaa)