



SOLICITUD UNIFORME DE EMPLEADOS DE COLORADO PARA PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD PARA GRUPOS PEQUEÑOS

Este formulario debe usarse para la solicitud inicial de cobertura que realice un empleado. Comuníquese con su agente o la aseguradora para determinar si este formulario debe utilizarse en otras situaciones una vez que se haya inscrito el grupo en la aseguradora.

INFORMACIÓN DE LA COBERTURA	
Tipo de solicitud:	<input type="checkbox"/> Cobertura nueva <input type="checkbox"/> Cambio/Modificación en la póliza existente <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Inscripción especial*

* Para la inscripción especial, se requerirá prueba de elegibilidad; puede encontrar información sobre la elegibilidad para períodos de inscripción especial en www.dora.colorado.gov/DOI/HealthApp

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO			
Nombre del Empleado:		Nombre del empleador:	
Fecha de validez propuesta:		Número de grupo (si lo sabe):	

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO					
Instrucciones para el empleado: escriba a máquina o con letra imprenta con tinta negra o azul. Llene la solicitud completa para cada persona para la que pretende obtener cobertura.					
Nombre:		Inicial del 2º nombre:		Apellido:	
Domicilio:				Ciudad:	
Condado:		Estado:		Código postal:	
Domicilio postal (si es diferente):				Ciudad:	
Condado:		Estado:		Código postal:	
Teléfono particular:		Correo electrónico:		<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Trabajo
¿Cuál es su puesto con su empleador actual?			Teléfono del trabajo:		
¿Cuál fue su primer día de empleo?			¿Cuántas horas trabaja por semana, en promedio?		
Es (marque una):	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Pareja en unión libre*	<input type="checkbox"/> Unión civil*	
	<input type="checkbox"/> Beneficiario(a) designado(a)*	<input type="checkbox"/> Legalmente separado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	
* La aseguradora puede requerir una certificación de pareja en unión libre, unión civil o beneficiario(a) designado(a).					
¿Recibe cobertura según COBRA o por continuación estatal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio:		Fecha de finalización:

TIPO DE COBERTURA DE SALUD	
Mencione a todos los dependientes (cónyuge/pareja e hijos[as]) que solicitan cobertura. Si necesita más espacio, use una hoja de papel aparte y adjúntela a esta solicitud (escriba su nombre con letra imprenta, y firme y feche la hoja adicional).	
Seleccione el tipo de cobertura de seguro de salud que solicita:	<input type="checkbox"/> Solo empleado <input type="checkbox"/> Empleado y familia

Nombre del empleado:	Nombre del empleador:
----------------------	-----------------------

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE
(Mencione a todos los dependientes que deben recibir cobertura).

Nombre (nombre, inicial del 2° nombre, apellido)	Sexo	Número de seguro social	Parentesco	Discapacitado(a)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		CÓNYUGE/PAREJA		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> HIJASTRO(A)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> HIJASTRO(A)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> HIJASTRO(A)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

USO DE TABACO

Responda las siguientes preguntas de la mejor manera posible. 45 CFR (Código de Reglamentos Federales) 147.102(a)(1)(iv) "Para fines de esta sección, uso de tabaco hace referencia al uso del tabaco cuatro veces o más por semana, en promedio, dentro de un período que no supere los últimos seis meses. Esto incluye todos los productos de tabaco, salvo el uso de tabaco por motivos religiosos o ceremoniales. Asimismo, el uso de tabaco debe definirse en relación con la última vez que se usó el producto de tabaco".

¿Alguien mencionado en esta solicitud usó tabaco o tabaco para masticar durante los últimos seis meses? Si la respuesta es sí, proporcione la información que se solicita a continuación.

Nombre de la persona	Productos de tabaco utilizados	Si la respuesta es sí, marque todo lo que corresponda.	Duración	Frecuencia
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Tabaco para masticar <input type="checkbox"/> Pipa/Puros		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Tabaco para masticar <input type="checkbox"/> Pipa/Puros		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Tabaco para masticar <input type="checkbox"/> Pipa/Puros		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Tabaco para masticar <input type="checkbox"/> Pipa/Puros		

RENUNCIA DEL EMPLEADO/DEPENDIENTE A LA COBERTURA

Complete esta sección SOLO si no se inscribe a usted mismo o no inscribe a su cónyuge/pareja o dependientes. Se debe completar la renuncia para que todos sus dependientes sean elegibles para inscribirse en este plan en caso de circunstancias cambiantes. Comprendo que soy elegible para solicitar cobertura de salud grupal a través de mi empleador. **NO** deseo cobertura de salud grupal, y por lo tanto renuncio a ella, para las siguientes personas:

	Nombre (apellido, nombre, inicial del 2° nombre)	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)
Empleado		
Cónyuge/Pareja		
Dependiente 1		
Dependiente 2		
Dependiente 3		

Renuncio a la cobertura de salud grupal para mí mismo o los dependientes mencionados anteriormente por lo siguiente (marque todo lo que corresponda, **se puede requerir una copia de su credencial**):

- Tengo cobertura de la póliza grupal de mi cónyuge/pareja.
- Mi cónyuge/pareja tiene cobertura de otro plan (incluido este plan, si el cónyuge/la pareja también es un empleado).

Nombre del empleado:	Nombre del empleador:
----------------------	-----------------------

- Mis dependientes tienen cobertura de otro plan.
- Deseo continuar con otra cobertura obtenida a través de un plan individual o Medicare.
- Otro (explique):

RENUNCIA: Certifico que se me ha otorgado la oportunidad de solicitar la cobertura de salud grupal y no acepto inscribirme como se indica anteriormente, en mi nombre y en nombre de mi cónyuge/pareja y mis hijos(as) dependientes. Comprendo que, al firmar esta renuncia, yo, mi cónyuge/pareja y mis hijos(as) dependientes perdemos el derecho a recibir cobertura. No fui presionado, forzado o inducido injustamente por mi empleador, el agente o la(s) aseguradora(s) para renunciar a o rechazar la cobertura de salud grupal. Si en el futuro solicito cobertura, yo, mi cónyuge/pareja o cualquiera de mis hijos(as) dependientes podríamos recibir trato de inscritos fuera del plazo y estar sujetos a la postergación de la cobertura durante 12 meses como máximo. Comprendo que si rechazo tanto mi inscripción como la de mi cónyuge/pareja o mis hijos(as) dependientes debido a otra cobertura de salud, puedo, en el futuro, inscribirme yo e inscribir a mi cónyuge/pareja o mis hijos(as) dependientes en este plan, conforme lo exige la ley, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de mi otra cobertura de salud o de que se produzca un evento que califique. **Si no solicito la inscripción dentro de los 30 días de los eventos anteriores, comprendo que es posible que no pueda inscribirme para recibir cobertura hasta el período de inscripción abierta de mi compañía.** Comprendo que puedo solicitar información relacionada con la elegibilidad de mi inscripción a mi empleador o a la aseguradora de salud para grupos pequeños.

Firma del empleado:

Fecha de la firma:

INFORMACIÓN DE MEDICARE

Si necesita completar esta sección para más de una persona, use una hoja de papel aparte y adjúntela a esta solicitud (firme y feche la hoja adicional). Se puede requerir una copia de su credencial.

¿Usted, su cónyuge/pareja o su(s) hijo(s) tienen la siguiente cobertura?:

¿Medicare Parte A? Sí No

¿Medicare Parte B? Sí No

¿Medicare Parte D? Sí No

Si la respuesta es "Sí", detalle el motivo para tener Medicare:

Más de 65 años; Fecha de validez _____

Discapacidad; Fecha de validez _____

Enfermedad renal en etapa terminal (ERSD); Fecha de validez _____

Discapacidad y ERSD; Fecha de validez _____

Nombre de la persona con cobertura de Medicare:

COBERTURA MÉDICA ACTUAL

¿Usted, su cónyuge/pareja o sus hijos(as) dependientes mencionados en esta solicitud actualmente tienen cobertura de seguro de salud? Sí No

¿La información del plan mencionada a continuación es la misma para su cónyuge/pareja y todos los dependientes? Si la respuesta es sí, pase a la siguiente sección.
 Sí No

Su información ayudará a la(s) aseguradora(s) de organizaciones pequeñas a coordinar beneficios con alguna otra cobertura de salud grupal que pueda poseer.

Nombre	Nombre de la aseguradora Número de teléfono de la aseguradora	Nombre del plan Número de grupo N.º de id. del suscriptor	Fecha de inicio de la cobertura: (MM/DD/AA)	Fecha de terminación de la cobertura (MM/DD/AA)	Tipo de cobertura (Vea las claves abajo)

Claves de tipos de cobertura: G = médica, principal, integral, grupal; I = médica, principal, integral, individual; SM = suplementaria de Medicare; H = cobertura solo de servicios hospitalarios; V = cobertura solo de la vista O = otra, explique: _____

Nombre del empleado:	Nombre del empleador:
----------------------	-----------------------

SELECCIÓN DE PROVEEDOR DE SALUD O PRODUCTO, SI CORRESPONDE

Seleccione el tipo de cobertura que solicita de los planes que ofrece su empleador y que emita la aseguradora. Se debe completar esta sección solo si el grupo de organizaciones pequeñas que usted solicita requiere la selección de un proveedor de atención primaria. Se debe realizar una selección para cada persona que solicita tal cobertura y para cada aseguradora de la que se pretende obtener cobertura de seguro. La información del proveedor puede estar incluida en los materiales de proveedores que proporciona cada aseguradora a su empleador. Use hojas adicionales si es necesario.

Nombre de la persona cubierta	Plan médico	Nombre del médico de atención primaria:	Domicilio del médico de atención primaria: (opcional)	¿Este es su proveedor actual?

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Reconozco que he leído todas las secciones de esta Solicitud uniforme de empleados de Colorado para cobertura de salud grupal de organizaciones pequeñas (Solicitud), y certifico en nombre de los dependientes elegibles de mi familia y en mi nombre que las respuestas contenidas en esta Solicitud son completas y precisas según mi leal saber y entender. Comprendo y acepto que ni mi empleador ni ningún agente de seguros tienen autorización para no exigir mi respuesta completa a cualquier pregunta, aceptar la asegurabilidad, alterar cualquier contrato o renunciar a otros derechos o requisitos de una aseguradora de organizaciones pequeñas de Colorado.

Solicito por la presente mi inscripción y la de los dependientes elegibles de mi familia, enumerados. En nombre de los dependientes elegibles de mi familia y en mi nombre, acepto todos los términos y condiciones del (los) contrato(s) grupales con aseguradora(s) de organizaciones pequeñas de Colorado, conforme a los cuales deseo inscribirme para recibir cobertura. He indicado en esta Solicitud, si correspondía, qué producto(s) o proveedor(es) he seleccionado. **Acepto que ninguna cobertura será válida antes de la fecha especificada por la(s) aseguradora(s) de organizaciones pequeñas de Colorado con quien(es) me inscribo, después de que esta solicitud haya sido aceptada por dicha(s) aseguradora(s).**

Comprendo y acepto que cualquier información obtenida en relación con esta Solicitud será utilizada por la(s) aseguradora(s) de organizaciones pequeñas de Colorado para determinar la elegibilidad para la cobertura.

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una aseguradora con el fin de estafar o intentar estafar a la aseguradora. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, rechazo del seguro e indemnización por daños en un fuero civil. Cualquier aseguradora o agente de una aseguradora que a sabiendas proporcione datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o demandante con el fin de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o demandante respecto de un acuerdo o indemnización pagadera de lo recaudado por el seguro deberá informarse a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Cuando corresponda, autorizo a mi empleador a deducir contribuciones de mis ingresos para aplicarlas al costo de la cobertura.

Acepto las disposiciones de los contratos grupales aplicables para la resolución de desacuerdos y disputas, incluido el arbitraje cuando sea necesario y conforme lo disponga la ley. Consulte las disposiciones sobre arbitraje en el (los) contrato(s) grupales.

Comprendo que puedo solicitar una copia de esta Solicitud. Acepto que una copia fotográfica de esta Solicitud será tan válida como la original. La firma de una reproducción legible será tan legítima y válida como la de la original. Este documento se incorporará al contrato cuando se apruebe y se emita la cobertura.

Firma del empleado: _____

Fecha de la firma: _____

Nombre del empleado:

Nombre del empleador:

DIVULGACIONES

LA LEY DE SEGURO DE COLORADO EXIGE QUE TODAS LAS ASEGURADORAS EN EL MERCADO DE GRUPOS PEQUEÑOS EMITAN CUALQUIER PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD APLICABLE QUE SE COMERCIALICE EN COLORADO A LAS ORGANIZACIONES PEQUEÑAS QUE SOLICITEN ESE PLAN Y ACEPTEN EL PAGO DE LAS CUOTAS REQUERIDAS, Y CUMPLAN CON LAS DEMÁS DISPOSICIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD.

Este documento es una publicación de la División de Seguros de Colorado. Si tiene alguna duda acerca del contenido de este documento, llame a nuestras oficinas al 303-894-7499 o visite nuestro sitio web en <http://dora.colorado.gov/insurance>. En caso de tener preguntas sobre la cobertura o la inscripción, consulte con su empleador.

