



## SOLICITUD UNIFORMADA DE EMPLEADOS DE COLORADO PARA PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD PARA GRUPOS PEQUEÑOS

|                              |  |                                 |  |
|------------------------------|--|---------------------------------|--|
| Nombre del empleado:         |  | Nombre del empleador:           |  |
| Fecha de vigencia propuesta: |  | Número de grupo (si se conoce): |  |

**Este formulario está diseñado para la solicitud inicial de cobertura por parte del empleado. Póngase en contacto con su agente o con la compañía aseguradora para determinar si debe usarse este formulario en otras situaciones una vez que el grupo esté inscrito con la compañía aseguradora.**

### INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES

Instrucciones para el empleado: **Mecanografíe o escriba en letras de molde** usando tinta negra o azul. Complete toda la solicitud para cada persona para la cual se está buscando cobertura.

|   |                                   |   |  |                                       |  |                               |                                  |       |  |  |
|---|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|--|-------------------------------|----------------------------------|-------|--|--|
| Apellido:   |                                   | Nombre:                                     |  | Inicial del segundo nombre:           |  |                               |                                  |       |  |  |
| No. de seguro social:   |                                   | Fecha de nacimiento:                        |  | Sexo:                                 |  | Estatura:                     |                                  | Peso: |  |  |
| Dirección:  |                                   |   |  | Ciudad:                               |  |                               |                                  |       |  |  |
| Condado:  |                                   |   | Estado:  |                                       |  | Código postal:                |                                  |       |  |  |
| Teléfono de la casa:  |                                   |   | Correo electrónico:                            |                                       |  | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Trabajo |       |  |  |
| ¿Cuál es su título laboral en su empleador actual?  |                                   |   |  |                                       | Teléfono del trabajo:                            |                               |                                  |       |  |  |
| ¿Cuál fue su primer día de empleo?  |                                   |   |  |                                       | ¿Cuántas horas trabaja cada semana, en promedio? |                               |                                  |       |  |  |
| ¿Es usted...? (marque una respuesta)  |                                   |   |  |                                       |  |                               |                                  |       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Soltero/a  | <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Pareja consensual* | <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente | <input type="checkbox"/> Divorciado/a | <input type="checkbox"/> Viudo/a                 |                               |                                  |       |  |  |
| * La compañía aseguradora puede requerir una certificación de pareja consensual   |                                   |   |  |                                       |  |                               |                                  |       |  |  |
| ¿Está usted recibiendo COBRA o Continuación Estatal?  |                                   | <input type="checkbox"/> Sí                 | <input type="checkbox"/> No                    | Fecha de inicio:                      |  |                               | Fecha de finalización:           |       |  |  |
| Seleccione el tipo de cobertura que está solicitando, entre los planes ofrecidos por su empleador y emitidos por la compañía aseguradora: |                                   |   |  |                                       |  |                               |                                  |       |  |  |
| Nombre del plan médico:   |                                   |   |  |                                       | Nombre del médico de atención primaria:          |                               |                                  |       |  |  |
| Dirección del médico de atención primaria:  |                                   |   |  |                                       |  |                               |                                  |       |  |  |

Enumere todos los dependientes (cónyuge e hijos) que estén solicitando cobertura. Enumere el plan médico que está solicitando, entre los planes ofrecidos por su empleador y emitidos por la compañía aseguradora: Si necesita espacio adicional, utilice una hoja de papel separada y adjúntela a esta solicitud (escriba su nombre en letras de molde, y firme y feche la hoja adicional).

|  |  |                      |     |           |   |           |  |       |  |
|--|--|----------------------|-----|-----------|---|-----------|--|-------|--|
| Nombre del cónyuge:                        |  |                      |     | Relación: | Cónyuge                                 |           |  |       |  |
| No. de seguro social:                      |  | Fecha de nacimiento: | / / | Sexo:     |   | Estatura: |  | Peso: |  |
| Nombre del plan médico:                    |  |                      |     |           | Nombre del médico de atención primaria: |           |  |       |  |
| Dirección del médico de atención primaria: |  |                      |     |           |   |           |  |       |  |

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

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>Nombre del dependiente:</b>   |  | Relación:   | <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| No. de seguro social:  |  | Fecha de nacimiento:  | / / Sexo: Estatura: Peso:   |
| Nombre del plan médico:  |  | Nombre del médico de atención primaria:                         |   |
| Dirección del médico de atención primaria:   |  |   |   |
| Marque todas las respuestas que correspondan para el dependiente indicado más arriba*: |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo                                  | <input type="checkbox"/> Dependiente financieramente o que vive en la misma residencia | <input type="checkbox"/> Discapacitado (indique la razón) _____ |   |
| (más de 19 años de edad y menos de 24)   | (más de 19 años de edad y menos de 25)   | (más de 19 años de edad)  |   |
| <b>Nombre del dependiente:</b>   |  | Relación:   | <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| No. de seguro social:  |  | Fecha de nacimiento:  | / / Sexo: Estatura: Peso:   |
| Nombre del plan médico:  |  | Nombre del médico de atención primaria:                         |   |
| Dirección del médico de atención primaria:   |  |   |   |
| Marque todas las respuestas que correspondan para el dependiente indicado más arriba*: |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo                                  | <input type="checkbox"/> Dependiente financieramente o que vive en la misma residencia | <input type="checkbox"/> Discapacitado (indique la razón) _____ |   |
| (más de 19 años de edad y menos de 24)   | (más de 19 años de edad y menos de 25)   | (más de 19 años de edad)  |   |
| <b>Nombre del dependiente:</b>   |  | Relación:   | <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| No. de seguro social:  |  | Fecha de nacimiento:  | / / Sexo: Estatura: Peso:   |
| Nombre del plan médico:  |  | Nombre del médico de atención primaria:                         |   |
| Dirección del médico de atención primaria:   |  |   |   |
| Marque todas las respuestas que correspondan para el dependiente indicado más arriba*: |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo                                  | <input type="checkbox"/> Dependiente financieramente o que vive en la misma residencia | <input type="checkbox"/> Discapacitado (indique la razón) _____ |   |
| (más de 19 años de edad y menos de 24)   | (más de 19 años de edad y menos de 25)   | (más de 19 años de edad)  |   |

\* Si marca cualquiera de los recuadros en esta sección, la compañía aseguradora podría requerir información adicional para determinar la idoneidad del dependiente.

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

**RENUNCIA DE COBERTURA DEL EMPLEADO/DEPENDIENTE**

Complete esta sección ÚNICAMENTE si no se está inscribiendo a sí mismo o a su cónyuge o dependientes. La renuncia debe completarse para todos sus dependientes para que resulte idónea para inscripción en este plan, en caso de cambio en las circunstancias. Comprendo que resulto idóneo para solicitar cobertura de salud de grupo por medio de mi empleador. **NO** deseo, y por este medio renuncio a, cobertura de salud de grupo para:

|               | Nombre (Apellido, Nombre, Inicial) | Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) |
|---------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Empleado      |                                    |                                   |
| Cónyuge       |                                    |                                   |
| Dependiente 1 |                                    |                                   |
| Dependiente 2 |                                    |                                   |
| Dependiente 3 |                                    |                                   |

Estoy **renunciando a** la cobertura de salud de grupo para mí y/o para los dependientes enumerados más arriba porque (marque todas las respuestas que correspondan, **es posible que se requiera una copia de la tarjeta de ID**):

- Estoy cubierto/a bajo la póliza de grupo de mi cónyuge.
- Mi cónyuge está cubierto bajo otro plan (incluido este plan, si el cónyuge es también un empleado).
- Mis dependientes están cubiertos bajo otro plan.
- Deseo continuar otra cobertura obtenida por medio de un Plan Individual o Medicare
- Otro (sírvese explicar): \_\_\_\_\_

**RENUNCIA:** Certifico que he recibido la oportunidad de solicitar cobertura de salud de grupo y renuncio a inscribirme tal como se indica más arriba, en mi nombre, el de mi cónyuge y el de mis hijos dependientes. Comprendo que al firmar esta renuncia, yo, mi cónyuge y mis hijos dependientes renuncian al derecho de recibir cobertura. No fui presionado, obligado ni inducido injustamente por mi empleador, el agente o las compañías aseguradoras para renunciar o rechazar la cobertura de salud de grupo. Si en el futuro solicito cobertura, yo, mi cónyuge o cualquiera de mis hijos dependientes podemos ser tratados como inscriptos tardíos y estar sujetos a la postergación de la cobertura durante hasta 12 meses o a una exclusión de la cobertura para condiciones preexistentes durante un período de hasta 18 meses. Cualquier período de condición preexistente puede ser compensado por el tiempo en que yo, mi cónyuge o mis hijos dependientes fuimos cubiertos bajo un plan de salud calificado.

Comprendo que si estoy renunciando a la inscripción para mi persona, para mi cónyuge o para mis hijos dependientes debido a tener otra cobertura de salud, puedo, en el futuro, inscribirme a mí mismo, a mi cónyuge o a mis hijos dependientes en este plan, tal como lo requiere la ley, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores en que mi otra cobertura de salud finaliza, u ocurre un evento calificante. **Si no solicito la inscripción dentro de los 30 días de los eventos indicados más arriba, comprendo que es posible que no me pueda inscribir para recibir cobertura hasta el período de Inscripción Abierta de mi compañía. Comprendo que puedo obtener información relacionada con la idoneidad de mi inscripción de mi empleador o de la compañía aseguradora de salud para grupos pequeños.**

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

**COBERTURA MÉDICA ACTUAL Y PREVIA**

La información que usted proporcione sobre otra cobertura de salud individual o de grupo (ya sea anterior o actual) es necesaria para determinar si usted tendrá cualquier tipo de período de espera para condiciones preexistentes bajo el plan de cobertura de salud de grupo para el cual está solicitando. Su información también ayudará a las compañías aseguradoras de empleadores pequeños a coordinar los beneficios con cualquier otra cobertura de salud de grupo que usted pudiera tener.

**No. 1 ¿Usted, su cónyuge o sus hijos dependientes enumerados en esta solicitud actualmente tienen cobertura de salud?**  Sí  No

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

**No. 2 ¿Usted, su cónyuge o sus hijos dependientes enumerados en esta solicitud tenían cobertura de salud dentro de los últimos 90 días?  Sí  No**

Si marcó la pregunta número 2 con la respuesta "Sí", sírvase completar la tabla siguiente y adjunte una copia de los Certificados de Cobertura Acreditable para cada persona.

Comenzando con usted, el empleado, identifique a cada persona que está solicitando cobertura e incluya información para todas las coberturas de salud actuales y anteriores en vigencia durante los últimos 18 meses.

Si necesita espacio adicional, utilice una hoja de papel separada y adjúntela a esta solicitud (escriba su nombre en letras de molde, y firme y feche la hoja adicional).

|                                    |  |  |  |                                     |  |
|------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--|
| <b>Nombre del empleado:</b>        |  | Fecha en que inició la cobertura:              |  | Fecha en que finalizó la cobertura: |  |
| Nombre de la compañía aseguradora: |  | Número de teléfono de la compañía aseguradora: |  | Tipo de cobertura (ver clave):      |  |
| Número de grupo:                   |  | No. de ID de abonado:                          |  | Razón por la terminación:           |  |

|   |   |
|---|---|
| ¿La cobertura actual es un Plan de Salud de Deducible Alto calificado para HSA? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|---|

**¿La información del plan enumerada más arriba es la misma para su cónyuge y todos los dependientes? Si la respuesta es Sí, continúe con la sección siguiente.  Sí  No**

|                                    |  |  |  |                                     |  |
|------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--|
| <b>Nombre del cónyuge:</b>         |  | Fecha en que inició la cobertura:              |  | Fecha en que finalizó la cobertura: |  |
| Nombre de la compañía aseguradora: |  | Número de teléfono de la compañía aseguradora: |  | Tipo de cobertura (ver clave):      |  |
| Número de grupo:                   |  | No. de ID de abonado:                          |  | Razón por la terminación:           |  |

|   |   |
|---|---|
| ¿La cobertura actual es un Plan de Salud de Deducible Alto calificado para HSA? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|---|

|                                     |  |  |  |                                     |  |
|-------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--|
| <b>Nombres de los dependientes:</b> |  | Fecha en que inició la cobertura:              |  | Fecha en que finalizó la cobertura: |  |
| Nombre de la compañía aseguradora:  |  | Número de teléfono de la compañía aseguradora: |  | Tipo de cobertura (ver clave):      |  |
| Número de grupo:                    |  | No. de ID de abonado:                          |  | Razón por la terminación:           |  |

|   |   |
|---|---|
| ¿La cobertura actual es un Plan de Salud de Deducible Alto calificado para HSA? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|---|

**Clave de tipo de cobertura:** **G** = Cobertura Médica Importante Completa de Grupo; **I** = Cobertura Médica Importante Completa Individual; **MS** = Suplemento de Medicare; **H** = Cobertura hospitalaria solamente; **V** = Cobertura de la vista solamente; **O**=Otra, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE**

**Si necesita completar esta sección para más de una persona, utilice una hoja de papel separada y adjúntela a esta solicitud (sírvase firmar y fechar la hoja adicional). Es posible que se requiere una copia de su tarjeta de ID.**

|   |   |   |   |  |  |
|---|---|---|---|--|--|
| ¿Está usted, su cónyuge o sus hijos, cubiertos por:                       |   |   |   |  |  |
| Medicare Parte A? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Medicare Parte B? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Medicare Parte D? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   |   |  |  |
| Si la respuesta es "Sí", razón para recibir Medicare:                     |   |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 65+  | <input type="checkbox"/> Discapacidad                                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal de etapa terminal (ESRD). Fecha de vigencia _____ | <input type="checkbox"/> Discapacidad y ESRD. Fecha de vigencia _____ |  |  |
| Nombre de la persona cubierta por Medicare: _____                         |   |   |   |  |  |

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

### INFORMACIÓN MÉDICA

**NO se requiere que usted comparta esta información con su empleador. A su discreción, puede devolver esta solicitud completada en un sobre sellado. Escriba su nombre en la cara externa del sobre para facilitar la identificación.**

Responda a las siguientes preguntas, a su mejor entender. En la página siguiente, indique los detalles completos, en caso de haber respondido "Sí" a cualquiera de las preguntas que aparecen a continuación. La fecha en que se firme esta solicitud será la fecha que deberá usar al responder preguntas que le piden que proporcione un historial previo para un período de tiempo determinado.

**Este cuestionario de salud deberá ser actualizado para incluir cualquier cambio en el estado de salud que ocurra entre la fecha de la solicitud y la fecha de vigencia.**

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| ¿Está usted, su cónyuge o cualquiera de sus hijas dependientes actualmente embarazada, o está esperando el alumbramiento?   |   | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| Si la respuesta es "Sí", indique la fecha estimativa del alumbramiento:   |   | ¿Se esperan mellizos u otros nacimientos múltiples?     |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |
| ¿Tiene complicaciones?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | ¿Se espera hacer una cesárea?                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       |
| En los últimos 5 años, ¿alguna persona incluida en esta solicitud ha sido tratada o diagnosticada por un profesional médico como persona con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con el Complejo Relacionado con el SIDA (CRS)?   |   | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| ¿Alguna persona nombrada en esta solicitud ha utilizado productos de tabaco durante los últimos 12 meses?   |   | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:   |   |   |   |
| Nombre(s):  |   | <input type="checkbox"/> Cigarros                       | <input type="checkbox"/> Tabaco de mascar <input type="checkbox"/> Pipa/Puros |
| ¿Duración?  |   | ¿Frecuencia?  |   |
| En los últimos 5 años, alguna persona nombrada en esta solicitud ha sido evaluada o tratada por alcoholismo o dependencia química; o se ha unido a alguna organización para el alcoholismo o la dependencia química; o ha usado drogas ilegales; o ha sido aconsejado por un profesional de cuidados de la salud que reduzca el uso del alcohol o de las drogas ilegales? |   | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| En los últimos 5 años, alguna persona nombrada en esta solicitud ha sufrido alguna lesión como resultado de un accidente automovilístico o relacionado con el trabajo?  |   | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| <b>Dentro de los últimos 5 años, ¿alguna persona que está solicitando cobertura ha sido aconsejada, o ha pedido una consulta o ha sido tratada para cualquiera de los siguientes:</b>   |   |   |   |
| 1.  | Enfermedad o trastorno del corazón, isquemia, trastorno circulatorio, dolor torácico, alta o baja presión sanguínea, anemia o trastorno de la sangre, niveles elevados de colesterol y/o triglicéridos, o cualquier otro problema del sistema circulatorio?   | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| 2.  | Úlceras, trastorno estomacal, trastorno del hígado/páncreas, hernia, trastorno de la vesícula, trastorno rectal, trastorno intestinal, trastorno esofágico, hepatitis, colitis, enfermedad de Crohn o cualquier otro problema del sistema digestivo?  | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| 3.  | Trastorno del tracto urinario/riñón/vejiga, trastorno de la próstata, insuficiencia renal, trastorno menstrual, trastorno genital, disfunción sexual, infertilidad, diálisis, enfermedad transmitida sexualmente, complicaciones debidas al embarazo (por ejemplo, nacimiento prematuro, aborto espontáneo, cesárea), trastorno de los pechos o cualquier otro problema del sistema genitourinario? | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| 4.  | Trastorno del tejido conector, trastorno de la tiroides, trastorno adrenal, diabetes, agrandamiento de los nodos linfáticos, trastorno del sistema linfático, trastorno pituitario, cualquier trastorno del crecimiento o cualquier otro problema del sistema endocrino?  | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| 5.  | Alergia(s), asma, enfisema, trastorno sinusal o nasal, enfermedad o trastorno pulmonar, respiración entrecortada, apnea del sueño o cualquier otro problema del sistema respiratorio?   | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| 6.  | Artritis, fibromialgia, trastorno de la espalda/cuello, trastorno de las articulaciones/huesos, trastorno de la rodilla, túnel carpiano, trastorno de la piel, síndrome de fatiga crónica o cualquier otro problema musculoesquelético?   | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| 7.  | Trastorno del cerebro, aneurisma, parálisis, trastorno del sistema nervioso central, parálisis cerebral, epilepsia u otro ataque apoplético, dolores de cabeza, esclerosis múltiple o cualquier otro problema del sistema nervioso?   | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| 8.  | Cáncer, tumor, crecimiento anormal, quiste o carcinoma in situ?   | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |
| 9.  | Trastorno ocular o auditivo?  | <input type="checkbox"/> Sí                             | <input type="checkbox"/> No   |

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

|     |   |   |
|-----|---|---|
| 10. | Trastorno de déficit de atención, trastorno psicológico, intento de suicidio, depresión, ansiedad, autismo o cualquier otro problema de salud conductual o enfermedad mental con base biológica (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo específico, trastorno del pánico)?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 11. | Transplante o implante de órgano o de otro tipo (incluidos los implantes mamarios), bypass gástrico, deformidad o defecto físico incluido labio leporino o fisura palatina, dispositivo prostético, trastorno congénito, síndrome de Down?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12. | En los últimos 5 años, ¿alguna persona nombrada en esta solicitud a ser cubierta por esta cobertura ha sufrido alguna otra lesión, enfermedad o tratamiento para cualquier afección aún no enumerada; ha estado hospitalizada o programada para la hospitalización; ha sido sometido a cirugía o ha sido programado para cirugía; ha sido sometido a una prueba o ha sido programado para una prueba; o ha recibido una recomendación de someterse a una prueba o a una cirugía que no fue realizada por cualquier razón aún no mencionada en esta solicitud? <b>NO estamos buscando obtener los resultados de la prueba de anticuerpos al VIH.</b> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

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

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas o afecciones de la página anterior, haga una lista y proporcione los detalles completos en el espacio provisto a continuación.

**(Adjunte páginas adicionales según resulte necesario. Escriba su nombre en letras de imprenta, y firme y feche las páginas adicionales.)**

| Nombre de la persona | Fecha(s) de tratamiento | Número de pregunta | Indique los detalles completos para cada pregunta a la cual ha respondido "Sí", indique la afección, duración y grado de recuperación. Si se trata de un accidente o lesión, indique también si fue automovilístico o relacionado con el trabajo. | Nombre y dirección del médico a cargo u otro proveedor de cuidado de la salud. |
|----------------------|-------------------------|--------------------|---|--|
|                      |                         |                    |   |  |
|                      |                         |                    |   |  |
|                      |                         |                    |   |  |
|                      |                         |                    |   |  |
|                      |                         |                    |   |  |
|                      |                         |                    |   |  |
|                      |                         |                    |   |  |

Si alguna persona nombrada en esta solicitud está tomando medicamentos o fue recetado o recomendado algún medicamento durante el período de tiempo relacionado con su respuesta (es decir, los últimos 5 años o tomándolos actualmente), indique todos estos medicamentos, dosis y la afección médica que está siendo tratada o fue tratada por cada medicamento en el espacio provisto a continuación.

**(Adjunte páginas adicionales según sea necesario, y firme y feche las páginas adicionales.)**

| Nombre de la persona | Nombre, dosis y frecuencia del medicamento ( <i>incluya la enfermedad o la afección para la cual fue recetado el medicamento</i> ) | Fecha(s) en que se tomó el medicamento ( <i>indique si es de uso permanente</i> ) | Nombre y dirección del médico u otro proveedor licenciado de cuidado de la salud que recetó el medicamento |
|----------------------|--|---|--|
|                      |  |   |  |
|                      |  |   |  |
|                      |  |   |  |
|                      |  |   |  |

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

## TÉRMINOS Y CONDICIONES

Reconozco que he leído todas las secciones de esta Solicitud Uniformada de Empleados de Colorado para Planes de Beneficios de Salud para Grupos Pequeños, y certifico en nombre de los dependientes idóneos de mi familia y de mi propia persona que las respuestas contenidas en esta Solicitud son completas y exactas a mi mejor entender. Comprendo y acepto que ni mi empleador ni ningún agente de seguro tendrán ninguna autoridad de renunciar a mi respuesta completa a cualquier pregunta, acordar la asegurabilidad, alterar cualquier contrato o renunciar a cualquiera de los demás derechos o requisitos de la compañía aseguradora para empleadores pequeños de Colorado.

Por este medio solicito la inscripción para mí mismo y para los dependientes idóneos de mi familia que aparecen listados. En nombre de los dependientes idóneos de mi familia y de mí mismo, acepto todos los términos y condiciones de el o los contratos colectivos con la o las compañías aseguradoras para empleadores pequeños de Colorado bajo las cuales deseo inscribirme para recibir cobertura. He indicado en esta Solicitud, si así se requiere, cuáles productos o proveedores he seleccionado. **Acepto que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta la fecha especificada por las compañías aseguradoras para empleadores pequeños de Colorado con quienes me inscriba, después de haber sido aceptada esta solicitud por tales compañías aseguradoras.**

Comprendo y acepto que cualquier información obtenida en relación con esta Solicitud será usada por las compañías aseguradoras para empleadores pequeños de Colorado para determinar la idoneidad para la cobertura, asegurabilidad y para cualquier otro propósito relacionado con proporcionar cobertura. En nombre de los dependientes idóneos de mi familia y de mí mismo, autorizo a cualquier proveedor de servicios o suministros de salud, compañía de seguro, empresa consolidada de cuidado de la salud, gerente de beneficios de farmacia, y cualquier otra persona con conocimientos o registros, que liberen información a cualquier compañía aseguradora para empleadores pequeños de Colorado, sus agentes y representantes legales, con respecto a cualquier y todo servicio y suministro relacionado con la salud provisto, o que será provisto, a mí o a los dependientes idóneos de mi familia.

**Resulta ilegal proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa, o información a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar la compañía. Las penas pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione datos o información falsa, incompleta o engañosa al titular de la póliza o reclamante con respecto a un arreglo o monto pagadero de los fondos de seguro serán notificados ante la División de Seguros de Colorado, dentro del Departamento de Agencias Normativas.**

Cuando resulte aplicable, autorizo a mi empleador a deducir contribuciones de mis ganancias a ser aplicadas al costo de la cobertura.

Acepto a cualquier disposición contractual colectiva aplicable para la resolución de desacuerdos y disputas, incluido el arbitraje cuando esto sea requerido, y según se permita por ley. Consulte las disposiciones de arbitraje en los contratos colectivos.

Comprendo que puedo solicitar una copia de esta Solicitud. Acepto que una copia fotográfica de esta Solicitud será tan válida como la original. Una firma en facsímil legible tendrá la misma fuerza y eficacia que la original. Este documento se convertirá en parte del contrato cuando la cobertura se apruebe y emita.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha de firma: \_\_\_\_\_



Nombre del empleado:

Nombre del empleador:

## DIVULGACIONES

**LA LEY DE SEGUROS DE COLORADO ESTABLECE QUE TODOS LOS PROVEEDORES EN EL MERCADO DE LOS GRUPOS PEQUEÑOS, DEBEN OFRECER CUALQUIER PLAN DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE COMERCIALIZEN EN COLORADO A PEQUEÑAS EMPRESAS DE 2 A 50 EMPLEADOS, MISMO QUE DEBE INCLUIR UN PLAN BÁSICO O ESTÁNDAR DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, A PEDIDO DE LA PEQUEÑA EMPRESA, A TODO EL GRUPO PEQUEÑO, INDEPENDIEMENTE DEL ESTADO DE SALUD DE CUALESQUIERA DE LOS INDIVIDUOS DEL GRUPO. NO ES POSIBLE RECHAZAR GRUPOS COMERCIALES QUE CONSTEN DE UN SOLO INDIVIDUO BAJO UN PLAN BÁSICO O ESTÁNDAR DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LOS PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN, SEGÚN LO ESPECIFICA LA LEY.**

Tenga a bien saber que una compañía aseguradora no puede solicitar ni requerir información médica anterior a los cinco (5) años antes de la fecha de solicitud. Asimismo, la compañía aseguradora no puede usar información médica que tenga más de cinco (5) años en ninguno de los miembros inscritos de un grupo pequeño al asegurar o establecer primas para el grupo.

### Condiciones preexistentes

Una condición preexistente significa una condición (ya sea física o mental), independientemente de la causa de dicha condición, para la cual se recomendó o recibió consejos médicos, diagnóstico, atención o tratamiento dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de inscripción o, si es anterior, el primer día del período de espera para la inscripción.

Una disposición de limitación de condiciones preexistentes no se aplica al embarazo, un hijo recientemente adoptado, un hijo colocado para adopción ni a un hijo que se inscribe dentro de los 30 días de su nacimiento.

Una disposición de limitación de condiciones preexistentes **NO** se aplica a ninguno de los planes de beneficios de salud HMO básico o estándar exigidos por Colorado.

Si el plan de beneficios de salud para el cual usted se está inscribiendo tiene una disposición de limitación de condiciones preexistentes, se aplican las declaraciones siguientes:

- Este período de limitación no será mayor que seis (6) meses (12 meses para grupos comerciales de una sola persona) para todos los nuevos inscritos.
- Para los inscritos tardíos, el período de limitación puede ser de hasta 18 meses.

El período de limitación de condiciones preexistentes se verá reducido por el período de tiempo que fue cubierto un nuevo inscrito por cobertura acreditable, siempre y cuando la cobertura acreditable no terminó más de 90 días antes del primer día del período de espera o la fecha eficaz de cobertura, el que sea anterior. Las pólizas o planes de cobertura de salud que cuentan como "cobertura acreditable" pueden reducir la duración del período de limitación por condiciones preexistentes dependiendo de la cantidad de tiempo en que el nuevo inscrito fue cubierto por la cobertura acreditable.

### Inscrito tardío

Un inscrito tardío es un empleado o dependiente idóneo que solicita inscripción en un plan de beneficios de salud de grupo después del período de inscripción inicial para el cual el individuo tuvo derecho de inscribirse bajo los términos del plan de beneficios de salud, siempre y cuando el período de inscripción inicial fue un período de al menos 30 días.

### Cobertura acreditable

La cobertura acreditable tal como se define en § 10-16-102(13.7), C.R.S., significa beneficios o cobertura bajo:

- Medicare o Medicaid;
- Un plan de beneficios de bienestar para los empleados o un seguro de salud de grupo o un plan de beneficios de salud;
- Un plan de beneficios de salud individual; un agrupamiento de riesgos de beneficios de salud estatal (incluido, sin limitarse a, CoverColorado); o
- Cobertura provista bajo el capítulo 55 del título 10 del código de los Estados Unidos, un programa de atención médica del servicio de salud federal para indígenas o de una organización tribal, un plan de salud ofrecido bajo el capítulo 89 del título 5, código de los Estados Unidos, un plan de salud público o un plan de beneficios de salud bajo la sección 5(e) de la "Ley del Cuerpo de Paz" federal (22 U.S.C. Sec 2504(e)).

Este documento es una publicación de la División de Seguros de Colorado. Si tiene preguntas sobre el contenido de este documento, comuníquese con nuestras oficinas al 303-894-7499 o visite nuestro sitio web en <http://www.dora.state.co.us/insurance>. Para preguntas con respecto a la cobertura o a la inscripción, consulte con su empleador.

