

El empleado debe llenar esta solicitud y es el único responsable de su exactitud e integridad. Con el fin de evitar retrasos, responda **todas** las preguntas. Asegúrese de firmar y fechar su solicitud, junto con todos los anexos, y devuélvala a su administrador de grupo.

► Utilice el formato MM/DD/AAAA para todos los campos de fecha.

Sección I: Estado del empleado					
Nombre del administrador del patrocinio del grupo/plan		¿Es usted un empleado activo a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, indique el motivo. ► Motivo: _____		Fecha en que pasó a ser un empleado a tiempo completo	
Situación laboral. Marque solo una de las opciones.					
Por horas ► Horas trabajadas a la semana: _____	<input type="checkbox"/> Asalariado (obligatorio si el plan de seguro de vida colectivo se basa en el salario) ► Salario anual: \$ _____		Otros — Marque una de las opciones. ► <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> No directivo		
Marque una de las opciones: <input type="checkbox"/> Nuevo empleado o <input type="checkbox"/> Inscripción abierta o <input type="checkbox"/> Inscripción debido a un evento calificado. <i>Si se inscribe debido a un evento calificado, marque el tipo a continuación.</i>					
Tipo de evento calificado: <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Matrimonio (adjunte copia del certificado de matrimonio) <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> COBRA (complete la sección de Continuación de la COBRA/AR abajo) <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura ► Última fecha de cobertura: _____ ► Nombre de la compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Continuación de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) del estado de Arkansas					
Fecha de entrada en vigor	Fecha de finalización	Motivo de la continuación de la COBRA del estado de Arkansas			
Sección II. Renuncia a la cobertura. DEBE llenar esta sección si usted o sus dependientes rechazan alguna o todas las coberturas.					
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si rechaza ALGUNO , pero no todos los beneficios que ofrece su empresa. • Llene esta solicitud y el <i>formulario de rechazo de la cobertura</i> (p.5). • Si rechaza la cobertura de su cónyuge o de las personas a su cargo, debe comunicarlo en el <i>formulario de rechazo de la cobertura</i> (p.5).					
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si rechaza TODOS los beneficios que le ofrece su empresa y llene el <i>formulario de rechazo de la cobertura</i> (p.5).					
Sección III. Selección de beneficios					
En función de los beneficios que ofrece su empresa, marque (✓) las casillas a continuación para cada tipo de cobertura que usted, su cónyuge o sus dependientes elijan. Marque todas las opciones que correspondan.		Solo el empleado	Empleado y cónyuge	Empleado e hijos	Empleado y familia
Cobertura médica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cobertura dental: Pregúntele a su empleador si ofrece servicios dentales antes de seleccionarlos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cobertura de oftalmología: Pregúntele a su empleador si ofrece servicios oftalmológicos antes de seleccionarlos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro de vida colectivo y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D): Pregúntele a su empleador si ofrece el seguro de vida colectivo y el seguro por AD&D antes de seleccionarlo. NOTA: Esta cobertura solo está disponible para los empleados activos a tiempo completo, que reciben un salario W-2.		<input type="checkbox"/>			
Vida dependiente:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
Sección IV. Información sobre el empleado					
Nombre legal del empleado (apellidos, primer nombre e inicial del segundo)		N.º de la Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Teléfono del móvil	Dirección de correo electrónico	

Dirección física (NO apartados de correos)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal (si es la misma que la dirección física, escriba "LA MISMA". Si es un apartado de correos, debe incluir la dirección física que indicó arriba)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Idioma preferido:

Albanés Chino Checo Holandés Inglés Francés canadiense Francés Alemán Húngaro
 Hindi Italiano Japonés Coreano Polaco Portugués Ruso Español Vietnamita

Raza:

Indio americano y nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái y otras islas del Pacífico
 Alguna otra raza Dos o más razas Blanco

Etnia:

Hispano o latino No hispano o latino Desconocida

Sección V. Información sobre las personas dependientes

Llene esta sección para todas las personas que tiene a cargo que vayan a estar cubiertas. Adjunte otra hoja, de ser necesario. Firme, feche y adjunte a esta solicitud.

NOTA: Los números de la Seguridad Social son obligatorios según la normativa de los Servicios de los Centros de Medicare y Medicaid (CMS).

Nombre legal del cónyuge (apellidos, primer nombre e inicial del segundo)	Código postal de la residencia	N.º de la Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
---	--------------------------------	----------------------------	---------------------	---

Marque (✓) una: Hijo natural Hijastro Hijo adoptivo Custodia legal permanente

Nombre legal de la persona a cargo (apellido, primer nombre e inicial del segundo)	N.º de la Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--	----------------------------	---------------------	---

Dirección (SOLO si es diferente de la dirección del empleado en la sección IV)	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

Marque (✓) una: Hijo natural Hijastro Hijo adoptivo Custodia legal permanente

Nombre legal de la persona a cargo (apellido, primer nombre e inicial del segundo)	N.º de la Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--	----------------------------	---------------------	---

Dirección (SOLO si es diferente de la dirección del empleado en la sección IV)	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

Marque (✓) una: Hijo natural Hijastro Hijo adoptivo Custodia legal permanente

Nombre legal de la persona a cargo (apellido, primer nombre e inicial del segundo)	N.º de la Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--	----------------------------	---------------------	---

Dirección (SOLO si es diferente de la dirección del empleado en la sección IV)	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

Marque (✓) una: Hijo natural Hijastro Hijo adoptivo Custodia legal permanente

Nombre legal de la persona a cargo (apellido, primer nombre e inicial del segundo)	N.º de la Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--	----------------------------	---------------------	---

Dirección (SOLO si es diferente de la dirección del empleado en la sección IV)	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

NOTA IMPORTANTE: Al firmar la sección VIII de esta solicitud, certifica que cada uno de los “niños” señalados anteriormente es **menor de 26 años** y es su hijo, hija, hijastro, hijastra, una persona adoptada legalmente por usted, o una persona colocada legalmente con usted para su adopción legal, o una persona de la que usted tiene la custodia legal permanente. Un hijo de acogida NO puede ser inscrito como su “hijo”.

¿Tiene algún dependiente discapacitado de 26 años o más? Sí NO

► En caso afirmativo, nombre(s) legal(es) _____

Envíe la **solicitud de extensión de cobertura para dependientes discapacitados** (en QualChoice.com, seleccione “Already a Member?” (¿Ya es miembro?) y después “Find a Form or Document” (Buscar un formulario o documento).

Sección VI. Otros seguros de salud. Llene este apartado **SOLO** si seleccionó la **cobertura médica** en la **sección III**.

¿Continuará usted, su cónyuge o las personas a su cargo con cualquier otra cobertura de seguro médico, incluido Medicare? SÍ NO
 ► Si la respuesta es **afirmativa**, llene la **parte 1** o la **parte 2** según corresponda. Utilice otra hoja de ser necesario. Firme, feche y adjunte a esta solicitud.

Parte 1: Medicare

Marque (✓) el motivo de la cobertura de Medicare: <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Enfermedad renal	Nombre legal del beneficiario de Medicare	Número de identificación médica (Health Identification Contact, HIC) de Medicare
---	---	--

Tipo de cobertura de Medicare — Marque (✓) todas las opciones que correspondan
 Fecha de entrada en vigor de la Parte A de Medicare _____ Fecha de entrada en vigor de la Parte B de Medicare _____
 Fecha de entrada en vigor de la Parte D de Medicare _____

Parte 2: Otros que no son de Medicare
 Si la cobertura médica continua es distinta a la de Medicare, llene la información siguiente. Si está cubierto por más de un plan de seguros, utilice una hoja aparte. Firme, feche y adjunte su solicitud.

Nombre del seguro	Teléfono de la compañía
Nombre legal del asegurado (apellidos, primer nombre e inicial del segundo)	Fecha de nacimiento
Número de identificación del asegurado	Fecha de entrada en vigor de la póliza

Señale a continuación todas las personas que están cubiertas por esta póliza.

Nombre legal (apellido, primer nombre e inicial del segundo)	Relación	Fecha de entrada en vigor de la cobertura
Nombre legal (apellido, primer nombre e inicial del segundo)	Relación	Fecha de entrada en vigor de la cobertura
Nombre legal (apellido, primer nombre e inicial del segundo)	Relación	Fecha de entrada en vigor de la cobertura

En el caso de las personas mencionadas anteriormente, ¿es usted responsable de proporcionar la cobertura de seguro médico primario? SÍ NO
 ► Si la respuesta es **NO**, indique el nombre del responsable(s): _____

Sección VII. Seguro de vida colectivo y por AD&D (muerte accidental y desmembramiento)

NOTA: El seguro de vida colectivo y el seguro por AD&D solo están disponibles para los empleados activos a tiempo completo, que reciben un salario W-2.

*Elijo a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación como beneficiario(s) del certificado, y anulo el nombramiento de cualquier beneficiario existente. El total debe ser igual al 100 %. **NOTA:** El empleado es el beneficiario de la cobertura del seguro de vida de los dependientes.*

PRINCIPAL

Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Relación	Porcentaje %

100%

GRUPO				
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Relación	Porcentaje %
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Relación	Porcentaje %
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Relación	Porcentaje %

100%

Sección VIII: Entendimientos, representaciones y acuerdos

Si la solicitud se presenta debido a un evento calificado o a una nueva contratación, el administrador del patrocinio del grupo/plan debe firmar.

Al firmar a continuación:

- Reconozco que la cobertura está respaldada por lo siguiente:
 - Planes de Punto de Servicio (Point of Service, POS) y planes de Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO): QCA Health Plan, Inc.
 - Planes de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): QualChoice Life and Health Insurance Company, Inc.
 - Planes colectivos de vida, de AD&D y planes dentales: Sun Life Assurance Company of Canada
 - Planes oftalmológicos: National Guardian Life Insurance Company; administrada por Superior Vision Services, Inc.
- Entiendo que los beneficios a los que tendré (tendremos) derecho son los que se describen en las políticas de la compañía de seguros con mi empleador, y que pueden cambiar de vez en cuando. Entiendo que la cobertura no entrará en vigor antes de la fecha de vigencia aprobada.
- Declaro que las afirmaciones y las respuestas dadas en esta solicitud (o en cualquier anexo de la misma) son verdaderas y completas, y están registradas de manera correcta a mi leal saber y entender.
- Autorizo a cualquier médico, practicante de medicina, hospital, clínica u otro centro relacionado con la medicina, compañía de seguros o reaseguros que tenga Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) sobre cualquier afección o tratamiento físico o mental mío o de cualquier miembro de mi familia (cuando corresponda), a proporcionarle a QualChoice, sus respectivos agentes, afiliados, reaseguradores, agencias de informes apropiados o representantes legales, cualquier información para usarla con fines de suscripción o reclamos. Entiendo que estos registros pueden tener información creada por otras personas o entidades (incluidos los proveedores de atención médica), así como información relativa al consumo de drogas o alcohol, VIH/SIDA, salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Entiendo que el propósito de la divulgación y el uso de mi información es permitir que QualChoice, sus agentes, afiliados, reaseguradores o representantes legales tomen decisiones con respecto a la elegibilidad, la inscripción, la suscripción, y la calificación del riesgo de la prima, según lo permitido por la ley aplicable.
- Reconozco lo siguiente, tal como lo exige la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y lo solicitan las compañías aseguradoras:
 - Entiendo que la información en la que autorizo a una persona o entidad a obtenerla y utilizarla, puede divulgarse de nuevo y dejar de estar protegida por la normativa federal sobre privacidad. Esta autorización permanecerá en vigor hasta su revocación.
- Entiendo que cualquier PHI recibida se convertirá en parte de mi expediente con QualChoice, que no la usarán, divulgarán ni retendrán, excepto como se requiere o autoriza la ley. Acepto que una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original. Entiendo que hay una copia disponible para mí si la solicito.
- Entiendo que estoy completando una solicitud conjunta de seguro de vida, dental, oftalmológico y médico, y que cada respuesta debe ser completa y precisa. Solicito (solicitamos) la cobertura médica, dental y oftalmológica colectiva indicada para mí y, cuando el plan lo establezca, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzcan de mis ingresos las cotizaciones requeridas.
- Yo (nosotros) no he (hemos) dado al corredor/agente ni a ninguna otra persona ninguna información médica que no esté incluida en la solicitud. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que QualChoice no está obligado por ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a cualquier corredor/agente, o a cualquier otra persona, si esas declaraciones no están escritas o impresas en esta solicitud ni en ninguno de los anexos.
- Entiendo que cualquier declaración fraudulenta, omisión o tergiversación material intencional puede generar la terminación o la rescisión (anulación) de la cobertura, incluida la cobertura de dependientes, emitida con base en la misma, y que QualChoice puede recuperar cualquier dinero y daños incidentales y consecuentes que resulten.
- Mi firma autoriza a QualChoice a divulgar la información necesaria que hayan obtenido sobre mí y cualquier miembro de mi familia que figure en esta solicitud a mi administrador de grupo/plan o al agente/corredor de mi empleador. Esta autorización permite la divulgación de información relacionada con el consumo o el abuso de sustancias, pero no establece la divulgación de notas de psicoterapia, tal como se define en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) Sección 164.501. Entiendo que puedo rescindir esta autorización enviando una notificación por escrito a QualChoice, ATN: Customer Service, P.O. Box 25610, Little Rock, AR, 72221.

Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito, y puede ser objeto de multas y de reclusión en prisión.

Nombre legal del empleado – EN LETRA DE IMPRENTA	Firma del empleado	Fecha de la firma
Nombre legal del administrador del patrocinio del grupo/plan – EN LETRA DE IMPRENTA	Firma del administrador del patrocinio del grupo/plan	Fecha de la firma

NOTA: Si la solicitud se presenta debido a un evento calificado o a una nueva contratación, el administrador del grupo/plan debe firmar.

Conserve una copia de esta autorización para sus archivos.

Entiendo que tengo derecho a solicitar cobertura médica a través de mi empresa. **Rechazo** la cobertura tal y como se verifica a continuación.

Nombre del patrocinador del grupo/plan		Nombre legal del empleado (apellido, primer nombre e inicial del segundo)		N.º de la Seguridad Social	
Tipo de cobertura rechazada: <i>(Marque todas las opciones que correspondan)</i>		<input type="checkbox"/> Médica <i>Complete también la sección solo la cobertura médica de abajo.</i>		<input type="checkbox"/> Dental	
Se rechaza la cobertura para: <i>(Marque todas las opciones que correspondan)</i>		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente(s)		<input type="checkbox"/> Oftalmológica <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente(s)	

Solo la cobertura médica. Marque (✓) un motivo para rechazar la cobertura médica.

- Cubierto por la cobertura colectiva del cónyuge ► Nombre de la compañía de seguros: _____
- Inscrito en otro plan de seguro ► Nombre de la compañía de seguros: _____
- Cubierto por Medicare/Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) o por una cobertura estatal
- Cubierto por TRICARE o CHAMPUS
- Otra ► Explique: _____

Lea y firme a continuación.

Mediante la firma que figura a continuación, certifico lo siguiente:

- Se me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura disponible, a través de mi empresa, en la póliza aplicable. Se me han explicado detalladamente la cobertura y la póliza, y declino solicitar la cobertura para mí o para mi(s) dependiente(s).
- Entiendo que si declino hacer la solicitud ahora y la hago en una fecha posterior, mi solicitud puede ser aplazada hasta el período de inscripciones abiertas anual.

Período de inscripción especial. Si rechaza la inscripción para usted mismo (incluidos sus dependientes) debido a otra cobertura de seguro, para poder inscribirse usted o sus dependientes en el plan de su empleador en el futuro deberá:

- Indicar en este formulario que el motivo por el que usted o su(s) dependiente(s) rechazan la cobertura ahora, es porque usted o su(s) dependiente(s) tiene(n) cobertura en otro plan de salud colectivo; y,
- Presentar una solicitud colectiva de empleado para inscribirse a sí mismo o a su(s) dependiente(s) dentro de los 30 días siguientes a la finalización de la cobertura del otro plan de salud colectivo. Además, si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, puede inscribirse a sí mismo o a su(s) nuevo(s) dependiente(s) siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días siguientes al matrimonio, los 90 días después del nacimiento, los 60 días después de la adopción o los 60 días después de la presentación de la petición de adopción.

Además, si usted o su(s) dependiente(s) pierden la cobertura de Medicaid o la cobertura del programa estatal de seguro médico para niños (como CHIP, ARKids First) porque usted o su(s) dependiente(s) ya no reúnen los requisitos necesarios, o usted o su(s) dependiente(s) reúnen los requisitos para recibir ayuda estatal para pagar las primas médicas colectivas de su empresa, usted o su(s) dependiente(s) podrán inscribirse siempre que nos lo notifique dentro de los 60 días siguientes a la fecha del suceso.

Todo solicitante que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito, y puede ser objeto de multas y de reclusión en prisión.

Firma del empleado – OBLIGATORIA	Fecha de la firma
---	-------------------