

El empleado debe llenar esta solicitud y es el único responsable de su veracidad y de que esté completa. Para evitar retrasos, por favor responda **todas** las preguntas. Asegúrese de firmar su solicitud y anotarle la fecha, al igual que a todos los anexos, y devuélvala a su Administrador de Grupo.

► **Por favor use el formato MM/DD/AAAA para todos los campos de fecha.**

Sección I: Estado del empleado					
Nombre del patrocinador del grupo/plan.		¿Es usted empleado activo de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si responde No, indique la razón abajo. ► Razón: _____		Fecha en que pasó a ser empleado de tiempo completo.	
Estado del empleo. Por favor marque sólo uno.					
<input type="checkbox"/> Por hora ► Horas trabajadas por semana: _____		<input type="checkbox"/> Por salario (obligatorio si el plan de seguro de vida colectivo a plazo fijo se basa en el salario) ► Salario anual: \$ _____		<input type="checkbox"/> Otro – Por favor marque uno. ► <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> No administrativo	
Por favor marque uno: <input type="checkbox"/> Nuevo empleado o <input type="checkbox"/> Inscripción abierta o <input type="checkbox"/> Inscripción debido a un evento que califica. <i>Si se inscribe debido a un evento que califica, marque el tipo abajo.</i>					
Tipo de evento que califica: <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Casamiento (adjuntar copia del acta de matrimonio) <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> COBRA (complete la Continuación Estatal AR/COBRA abajo) <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura ► Última fecha de cobertura: _____ ► Nombre de la aseguradora: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Continuación Estatal AR/COBRA					
Fecha de entrada en vigor	Fecha de terminación	Razón de la Continuación Estatal AR/COBRA			
Sección II. Renuncia a la cobertura. DEBE llenarse esta sección si usted o sus dependientes rechazan toda o parte de la cobertura.					
<input type="checkbox"/> Marque aquí si rechaza CUALQUIERA de los beneficios que ofrece su empleador, pero no todos. • Llene esta solicitud y el <i>Formulario de Rechazo de Cobertura</i> (p.5). • Si rechaza la cobertura para su cónyuge y/o sus dependientes, debe comunicárnoslo en el <i>Formulario de Rechazo de Cobertura</i> (p.5). <input type="checkbox"/> Marque aquí si rechaza TODOS los beneficios que le ofrece su empleador y llene el <i>Formulario de Rechazo de Cobertura</i> (p.5).					
Sección III. Selección de beneficios					
Según lo que ofrece su empleador, marque (✓) un recuadro de abajo para <u>cada</u> tipo de cobertura que elija usted, su cónyuge y/o dependientes. Marque todos los que correspondan.		Sólo el empleado	El empleado y su cónyuge	El empleado y sus hijos	El empleado y su familia
Cobertura médica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cobertura dental: Antes de elegir, pregunte a su empleador si ofrece seguro dental.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cobertura de la vista: Antes de elegir, pregunte a su empleador si ofrece seguro de la vista.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro de vida colectivo a plazo fijo y de muerte y desmembramiento accidentales: Antes de elegir, pregunte a su empleador si ofrece seguro de vida colectivo a plazo fijo y seguro de muerte y desmembramiento accidentales. NOTA: Esta cobertura sólo está disponible para los empleados activos de tiempo completo que reciben un salario W-2.		<input type="checkbox"/>			
Seguro de vida para dependientes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO					
IV. Información del empleado					
Nombre legal del empleado (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género asignado <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Identidad de género
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Número telefónico del hogar	Número telefónico del trabajo	Número telefónico celular	Dirección de correo electrónico
Dirección física (NO se permite usar apartados postales)			Ciudad	Estado	Código postal Condado
Dirección postal (Si es la misma que la dirección física, indique 'MISMA'. Si es un apartado postal, debe incluir la dirección física arriba.)			Ciudad	Estado	Código postal Condado

Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Albanés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Checoslovaco <input type="checkbox"/> Holandés <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Franco canadiense <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Húngaro <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Declino informar						
Raza: <input type="checkbox"/> India americana y nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái y otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Alguna otra raza <input type="checkbox"/> De dos o más razas <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Declino informar						
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina <input type="checkbox"/> Lo ignoro <input type="checkbox"/> Declino informar						
Sección V. Información de los dependientes Llene esta sección para todos los dependientes que estarán cubiertos. Si es necesario, adjunte otra hoja. Fírmela, anótele la fecha y adjúntela a esta solicitud. NOTA: Los números de Seguro Social son obligatorios en virtud de la reglamentación de los Centros para Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid; CMS).						
Nombre legal del cónyuge (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)		Código postal de residencia	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género asignado <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Identidad de género
Marque (✓) uno: <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Hijo adoptado <input type="checkbox"/> Custodia legal permanente						
Nombre legal del cónyuge (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género asignado <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Identidad de género	
Dirección (SÓLO si es diferente de la dirección del empleado en la sección IV)		Ciudad		Estado	Código postal	
Marque (✓) uno: <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Hijo adoptado <input type="checkbox"/> Custodia legal permanente						
Nombre legal del dependiente (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género asignado <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Identidad de género	
Dirección (SÓLO si es diferente de la dirección del empleado en la sección IV)		Ciudad		Estado	Código postal	
Marque (✓) uno: <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Hijo adoptado <input type="checkbox"/> Custodia legal permanente						
Nombre legal del dependiente (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género asignado <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Identidad de género	
Dirección (SÓLO si es diferente de la dirección del empleado en la sección IV)		Ciudad		Estado	Código postal	
Marque (✓) uno: <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Hijo adoptado <input type="checkbox"/> Custodia legal permanente						
Nombre legal del dependiente (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)		Número de Seguro Social.	Fecha de nacimiento	Género asignado <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género	
Dirección (SÓLO 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, usted certifica que cada uno de los "Hijos" mencionados anteriormente es menor de 26 años y, o bien su hijo, hija, hijastrero, hijastra, una persona que usted adoptó legalmente o una persona que se colocó legalmente con usted para su adopción legal o una persona de la que usted tiene la custodia legal permanente. Un hijo en acogimiento temporal NO es elegible para inscribirse como su "Hijo".						
¿Tiene algún dependiente discapacitado de 26 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO ► Si responde Sí, nombre(s) legal(es): _____						
Por favor envíe la Solicitud de Extensión de Cobertura para Dependientes Discapacitados (en QualChoice.com, seleccione ¿Ya es afiliado?, y después Buscar un Formulario o Documento).						

Sección VI. Otro seguro de salud. Llene esta sección SÓLO si eligió Cobertura Médica en la Sección III.

¿Van a continuar usted, su cónyuge o sus dependientes con alguna otra cobertura de seguro de salud, incluido Medicare? SÍ NO

► Si responde SÍ, llene la **Parte 1** y/o la **Parte 2**, abajo, según corresponda. Use otra hoja de papel si es necesario. Fírmela, anótele la fecha y adjúntela a esta solicitud.

Parte 1: Medicare

Por favor, marque (✓) la razón por la que tiene cobertura de Medicare:
 Edad mayor a 65 Discapacidad Enfermedad renal

Nombre legal del beneficiario de Medicare

Número de contacto de identificación de salud (Health Identification Contact; HIC) de Medicare

Tipo de cobertura de Medicare — Marque (✓) todas las que correspondan

Parte A de Medicare Fecha de entrada en vigor _____ Parte B de Medicare Fecha de entrada en vigor _____ Parte D de Medicare Fecha de entrada en vigor _____

Parte 2: Aparte de Medicare

Si la cobertura de salud continuada no es Medicare, llene la información de abajo. Si tiene cobertura de más de un plan de seguro, use una hoja aparte. Fírmela, anótele la fecha y adjúntela a su solicitud.

Nombre del seguro

Número telefónico de la compañía

Nombre legal del titular de la póliza (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Núm. de identificación del titular de la póliza

Fecha de entrada en vigor de la póliza

A continuación, enumere a todas las personas cubiertas por esta póliza.

Nombre legal (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)

Relación

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

Nombre legal (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)

Relación

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

Nombre legal (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)

Relación

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

En el caso de las personas indicadas arriba, ¿es usted responsable de proporcionar la cobertura primaria del seguro de salud? SÍ NO

► Si responde NO, por favor indique la(s) parte(s) responsable(s): _____

Sección VII. Seguro de vida colectivo a plazo fijo y de muerte y desmembramiento accidentales (Accidental Death & Dismemberment; AD&D)

NOTA: El seguro de vida colectivo a plazo fijo y el seguro de muerte y desmembramiento accidentales sólo están disponibles para los empleados activos de tiempo completo que reciben un salario W-2.

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

PRIMARIOS

Apellido legal	Primer nombre legal	Inicial segundo nombre	Relación	Porcentaje
				%
				%
				%

100%

CONTINGENTES

Apellido legal	Primer nombre legal	Inicial segundo nombre	Relación	Porcentaje
				%
				%
				%

100%

Sección VIII. Entendimientos, representaciones y acuerdos

Si la solicitud se presenta debido a un evento que califica o a una nueva contratación, deberá firmarla el Administrador Patrocinador del Grupo/Plan.

Al firmar a continuación:

1. Reconozco que la cobertura está suscrita por los siguientes:
 - 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 Preferenciales (Preferred Provider Organization; PPO): QualChoice Life and Health Insurance Company, Inc.
 - Planes de seguro de vida colectivo a plazo fijo, de muerte y desmembramiento accidentales y dental: Sun Life Assurance Company of Canada.
 - Planes de la vista: National Guardian Life Insurance Company; administrado por Superior Vision Services, Inc.
2. Entiendo que los beneficios para los que seré (seremos) elegibles son los descritos en las pólizas de la compañía aseguradora que ofrece mi empleador y que pueden cambiar de vez en cuando. Entiendo que la cobertura no entrará en vigor antes de la fecha de entrada en vigor aprobada.
3. Declaro que, a mi leal saber y entender, las declaraciones y respuestas que proporcioné en la presente solicitud (y en todo anexo a la misma) son veraces y completas y están correctamente registradas.
4. Autorizo a todo médico, profesional médico, hospital, clínica u otro centro relacionado con la medicina, compañía de seguros o reaseguros que tenga Información de Salud Protegida sobre cualquier padecimiento o tratamiento físico o mental mío o de cualquier integrante de mi familia (si corresponde), a que proporcione a QualChoice, sus respectivos agentes, filiales, reaseguradoras, agencias apropiadas de informes o representantes legales toda y cualquier información de este tipo para que la usen con fines de suscripción o reclamaciones. Entiendo que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades (incluidos los proveedores de atención de la salud), así como información relativa al consumo de drogas o alcohol, VIH/SIDA, salud mental (aparte de las 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, filiales, reaseguradoras o representantes legales tomen decisiones con respecto a la elegibilidad, inscripción, suscripción y calificación de riesgo de primas según lo permitido por la ley aplicable.
5. Reconozco lo siguiente, según lo exige la HIPAA y lo solicitan las compañías aseguradoras:
 - Entiendo que la información que autorizo a una persona o entidad a obtener y usar puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por la reglamentación federal sobre privacidad. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea revocada.
6. Entiendo que toda información de salud protegida recibida pasará a ser parte de mi expediente con QualChoice y que QualChoice no usará, divulgará o retendrá la información de salud protegida excepto como lo requiera o autorice la ley. Acepto que una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que puedo obtener una copia si la solicito.
7. Entiendo que estoy completando una solicitud conjunta de seguro de vida, dental, de la vista y de salud y que cada respuesta debe ser completa y precisa. Solicito (solicitamos) la cobertura colectiva médica, dental y de la vista indicada para mí y, si el plan lo contempla, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzcan de mis ingresos las contribuciones requeridas para las primas.
8. Yo (nosotros) no he (hemos) proporcionado al corredor/agente ni a ninguna otra persona información de salud alguna 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 y todo anexo.
9. Entiendo que cualquier declaración fraudulenta, omisión o tergiversación material intencional puede resultar en la terminación o cancelación (anulación) de la cobertura, que incluye la cobertura para dependientes, emitida en base a la misma, y que QualChoice puede recuperar cualquier dinero y daños incidentales y consecuentes que se generen.
10. Mi firma autoriza a QualChoice a divulgar la información necesaria obtenida por QualChoice sobre mí y todo integrante de mi familia que aparezca en esta solicitud al administrador de mi grupo/plan y/o al agente/corredor de mi empleador. Esta autorización permite la divulgación de información relacionada con el consumo o abuso de sustancias, pero no dispone la divulgación de notas de psicoterapia, según se define en 45 CFR § 164.501. Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una notificación por escrito a QualChoice, ATTN: 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 una pérdida o beneficio o presente, a sabiendas, información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas y prisión.

Nombre legal del empleado – ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE	Firma del empleado	Fecha de firma
Nombre legal del Administrador del Patrocinador del Grupo/Plan – ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE	Firma del Administrador del Patrocinador del Grupo/Plan	Fecha de firma

Entiendo que soy elegible para solicitar cobertura de salud a través de mi empleador. **Rechazo** la cobertura según lo que marco a continuación.

Nombre del Patrocinador del Grupo/Plan		Nombre legal del empleado (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)		Número de Seguro Social
Tipo de cobertura rechazada: (Marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Médica	<i>También llene la sección Sólo médica, abajo.</i>	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> De la vista
Rechazo la cobertura para: (Marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Yo mismo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente(s)		<input type="checkbox"/> Yo mismo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente(s)	<input type="checkbox"/> Yo mismo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente(s)

Sólo médica. Por favor, marque (✓) una razón por la que rechaza la cobertura médica.

- Cubierto por el seguro colectivo del cónyuge ► Nombre de la aseguradora:
- Inscrito en otro plan de seguro ► Nombre de la aseguradora:
- Cubierto por Medicare/CHIP o por un seguro patrocinado por el estado.
- Cubierto por TRICARE o CHAMPUS.
- Otra ► Explique:

Por favor, lea y firme a continuación.

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

- Se me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura ofrecida a través de mi empleador en virtud de la póliza aplicable. Se me ha explicado completamente la cobertura y la póliza, y rechazo solicitar la cobertura para mí y/o para mi(s) dependiente(s).
- Entiendo que si rechazo solicitar cobertura ahora y la solicito más adelante, mi solicitud puede aplazarse hasta el periodo anual de Inscripción Abierta.

Periodo de inscripción especial. Si rechaza la inscripción para usted (incluyendo a sus dependientes) debido a otra cobertura de seguro, para poder inscribirse y/o inscribir a sus dependientes en el plan de su empleador en el futuro deberá:

- Indicar en este formulario que la razón por la que usted y/o su(s) dependiente(s) rechaza(n) a la cobertura ahora es porque usted y/o su(s) dependiente(s) tiene(n) cobertura en otro plan de salud colectivo; y,
- Presentar una Solicitud Colectiva de Empleado para inscribirse usted mismo y/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 dependiente nuevo como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podría poder inscribirse usted mismo y/o a su(s) nuevo(s) dependiente(s) siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de **30 días** después del matrimonio, **90 días** después del nacimiento, **60 días** después de la adopción o **60 días** después de presentar la petición oficial de adopción.

Asimismo, si usted y/o su(s) dependiente(s) pierde(n) la cobertura de Medicaid o la cobertura del programa estatal de seguro médico infantil (como CHIP, ARKids First) debido a que usted y/o su(s) dependiente(s) ya no son elegibles, o usted y/o su(s) dependiente(s) califican para recibir ayuda estatal para pagar las primas médicas del plan colectivo de su empleador, podría poder inscribirse y/o inscribir a su(s) dependiente(s), siempre y cuando nos lo notifique en los 60 días siguientes a la fecha del evento.

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

Firma del empleado – OBLIGATORIO	Fecha de firma
---	----------------