

INSTRUCCIONES: Durante la inscripción abierta, todos los empleados que opten por la cobertura médica deben completar este formulario.

Nota: Si usted es un nuevo afiliado, debe llenar una solicitud de grupo de empleados.

Nombre del empleador/patrocinador del plan grupal: _____

Sección I: Información del empleado		
Nombre legal del empleado (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	Número de Seguro Social o ID de QualChoice	Fecha de nacimiento
Sección II: Selección del plan médico. <i>Elija una de las opciones disponible para su grupo.</i>		
<input type="checkbox"/> OPCIÓN 1	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 2	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 3
Numero de ID del plan: _____ \$ _____ deducibles	Numero de ID del plan: _____ \$ _____ deducibles	Numero de ID del plan: _____ \$ _____ deducibles
Sección III: Divulgación y Reconocimiento		
<p>Reconozco que toda la información suministrada en este formulario es correcta y verídica a mi saber y entender. Comprendo que es la base sobre la cual la cobertura puede ser expedida conforme al plan. Asimismo, autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución que se requiere (si la hay) para cubrir el costo de este plan. Certifico que estoy trabajando en el sitio de operaciones del empleador bajo un contrato fijo según lo definido por la empresa.</p> <p>Además, reconozco que incluso si mi solicitud es aprobada, cualquier declaración errónea u omisión puede resultar en el rechazo de futuros reclamos y en la anulación (cancelación) de la póliza por cualquiera de las coberturas expedidas.</p> <p>Yo, el solicitante, reconozco que he leído esta declaración de divulgación en su totalidad.</p>		
Firma del empleado	Fecha (mm/dd/aaaa)	
Firma del Administrador del grupo/plan	Fecha (mm/dd/aaaa)	

QualChoice Holdings, Inc. es la compañía principal de QualChoice Life and Health Insurance Company, Inc. y QCA Health Plan, Inc. (Grupo 'QualChoice'). QCA Health Plan, Inc. cubre los planes POS. QualChoice Life and Health Insurance Company, Inc. cubre los planes PPO.