

| | | |
|------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| Nombre del empleador: | Número de grupo: | Fecha de entrada en vigor: |
| Plan seleccionado por el empleado: | Clase de empleado: | |

Sección A

1) Nombre del empleado (apellido, nombre, segundo nombre)

| | | | | |
|--|-------------------------------|--|--|------------------|
| 2) Calle o dirección postal | 3) Ciudad | 4) Condado | 5) Estado | 6) Código postal |
| 7) Teléfono de casa () | 8) Teléfono de trabajo () | 9) Teléfono celular () | | |
| 10) Dirección de correo electrónico | | 11) En promedio, ¿cuántas horas trabaja cada semana? | | |
| 12) Está usted: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Vive con una pareja doméstica <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo o viuda Fecha del evento: _____ | | 13) ¿Cuál fue su primer día de trabajo? | 14) ¿Es usted jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| 15) ¿Está usted en COBRA o continuación del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, dé la fecha de inicio y el motivo: _____ | | | | |

Sección B

Indique el motivo por el cual presenta la solicitud. (Marque la casilla que corresponda) Fecha de entrada en vigor del cambio: _____

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nueva contratación | <input type="checkbox"/> Opción dual anual/inscripción abierta | <input type="checkbox"/> Matrimonio |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura | <input type="checkbox"/> Transferencia al segmento de discapacidad | <input type="checkbox"/> Nacimiento, adopción/colocación en adopción |
| <input type="checkbox"/> Solicitante tardío | <input type="checkbox"/> Transferir al segmento de jubilados | <input type="checkbox"/> Agregar/eliminar dependientes |
| <input type="checkbox"/> Recontratación | <input type="checkbox"/> Empleo de tiempo parcial a tiempo completo o empleado de horas variables elegible según ACA | <input type="checkbox"/> Cambio de nombre/cambio de dirección/cambio de PCP |
| <input type="checkbox"/> Regreso de una suspensión de empleo | <input type="checkbox"/> Elección de continuación o COBRA | <input type="checkbox"/> Nuevo grupo de empleadores |
| | | <input type="checkbox"/> Otros |

Sección C

Seleccione el tipo de cobertura de seguro que solicita.

Solo empleados Empleado y cónyuge/pareja doméstica Empleado e hijos dependientes Empleado, cónyuge/pareja doméstica e hijos dependientes

| Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) | Relación con el empleado | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento | Sexo | Proveedor de atención primaria o clínica |
|---|---|-------------------------|---------------------|------|--|
| | Yo mismo | | | | |
| | Cónyuge/pareja doméstica | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |

Sección D

¿Los hijos dependientes mencionados en esta solicitud viven con usted en la dirección que se muestra arriba? Si la respuesta es "no", escriba los nombres y las direcciones de los hijos dependientes: Sí No

Si existe algún acuerdo en una sentencia u orden judicial que establece quién es el responsable de darles seguro médico a los menores dependientes mencionados, indique el nombre de la persona que tiene la custodia principal de los menores dependientes y el nombre de la persona responsable del seguro médico: _____

¿Usted, su cónyuge o sus hijos dependientes mencionados en esta solicitud tienen cobertura de seguro médico en la actualidad o la tuvieron en los últimos 18 meses?
 Sí No Si respondió Sí, complete la siguiente tabla:

| Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) | Compañía de seguros, plan y número de grupo | Fecha de entrada en vigor de la cobertura | Fecha de cese de la cobertura | Motivo de cese de la cobertura | Tipo de cobertura |
|---|---|---|-------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

Sección E

¿Usted, su cónyuge o sus hijos cuentan con la cobertura de Medicare parte A, Medicare parte B o Medicare parte D? Sí No

Si respondió "sí", mencione los nombres: _____

Motivo para tener Medicare: 65 años Discapacidad Enfermedad renal en etapa terminal Discapacidad y ESRD

Fecha de entrada en vigor de la parte A: _____ Fecha de entrada en vigor de la parte B: _____

Fecha de entrada en vigor de la Parte C (Med Advantage): _____ Fecha de entrada en vigor de la Parte D: _____

Sección F

Entiendo que soy elegible para solicitar un seguro médico colectivo por medio de mi empleador. NO quiero, y por medio de la presente, renuncio a un seguro médico colectivo:

Para mí Para mi cónyuge/pareja doméstica Para mis hijos dependientes

Para mí, mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos dependientes

Motivo de la renuncia: Las personas mencionadas arriba tienen otro seguro. Buena salud

Debido a mis ingresos, tendría que pagar más del 10 % de mis ingresos totales anuales por el seguro médico.

Entiendo y acepto los términos y condiciones que se mencionan en esta solicitud. La copia de esta solicitud tiene la misma validez que el original. Por la presente, autorizo a DHP/DHI, en mi nombre y la de mis dependientes, a obtener y revelar información médica, como se establece al dorso de esta solicitud. Certifico que me han explicado los beneficios del plan y que soy totalmente consciente de que los beneficios podrían reducirse si yo o uno de los familiares asegurados no cumplimos los requisitos correspondientes del plan.

Términos y condiciones

1. Firmando esta solicitud, entiendo y acepto que: (a) todas las declaraciones y respuestas que di son, según mi leal saber y entender, exactas y verdaderas; (b) el seguro que solicito por medio de la presente tendrá vigencia solo cuando Dean Health Plan, Inc. (DHP)/Dean Health Insurance, Inc. (DHI) apruebe esta solicitud. La evidencia de dicha autorización será la emisión de las tarjetas de identificación, que se entregarán al grupo o al empleado. La fecha de entrada en vigor será la fecha que exhiba la tarjeta de identificación expedida; (c) los números de Seguro Social que he dado pueden usarse para fines de identificación; y (d) si mi salud o la de mis dependientes deja de ser la indicada en la solicitud antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, notificaré el cambio a DHP/DHI de inmediato. Los cambios en las historias médicas anteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura, que no sean reportados a DHP/DHI, se considerarán declaraciones erróneas. Cualquier persona que intencionalmente presente un reclamo falso o fraudulento, en el período en que se pueda disputar, por el pago de una pérdida o un beneficio, o que intencionalmente proporcione información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeto a multas o encarcelamiento según la Ley de Wis. Estatuto 943.395. También entiendo que, en el caso de fraude o tergiversación, esta información podría utilizarse para reducir o denegar una reclamación, invalidar la cobertura o invalidar los contratos colectivos en el período de disputabilidad, si dicha tergiversación afecta la aceptación de riesgo por DHP/DHI.
2. Firmando esta solicitud, autorizo: (a) a cualquier proveedor de atención médica, hospital, clínica, centro médico u otra institución que, en algún momento, me haya dado tratamientos o servicios a mí, a mi cónyuge o mis hijos menores, o a sus representantes (incluyendo el servicio de facturación), a tener información médica, que incluye, pero no se limita a: identificación, historia médica, diagnósticos, pronósticos, consultas, recomendaciones, tratamientos, servicios, fechas de tratamientos o servicios, resultados de pruebas (con excepción de pruebas genéticas y análisis de sangre autorizados por la FDA para detectar el VIH, pero sin excluir rayos X), informes de resúmenes, sin limitarse al periodo de tratamiento, información de diagnóstico o tratamiento, antecedentes o tipos de lesiones o enfermedades (incluyendo embarazo y tratamiento o servicio, en el caso de que existiese, para enfermedades mentales o del sistema nervioso, abuso de alcohol o drogas) y (b) a cualquier compañía aseguradora o reaseguradora, servicio o plan de beneficio prepago, administrador de planes, agencia de informes de crédito o consumidor, empleador, personal o socio que tenga información no relacionada con mi salud, la de mi cónyuge o mis hijos menores, con respecto a la elegibilidad y la administración de reclamos, a revelar dicha información en su totalidad a DHP/DHI o sus representantes (incluyendo el departamento de reclamaciones). Entiendo que esta autorización será válida por 30 meses, cuando se utilice para obtener información relacionada con la solicitud de una póliza de seguro. Entiendo que, cuando se utilice con fines de obtener información relacionada con reclamos de beneficios, revisión de utilización, mejoras de calidad, operaciones de atención médica u otras actividades permitidas por ley, esta autorización será válida durante el plazo de la póliza o mientras haya reclamaciones de beneficios pendientes, el periodo que sea más extenso. Entiendo que puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización.
3. Entiendo que, ninguna cobertura aprobada para mí o mis dependientes entrará en vigor si no estoy activo en mi empleo de tiempo completo con mi empleador en la fecha de entrada en vigor asignada, pero que dicha cobertura entrará en vigor el día en el que esté activo en dicho empleo.
4. Esta solicitud, cuando se apruebe, y cualquier endoso, enmienda o anexo que se le agregue formará parte de los contratos que solicito.
5. Ninguna persona que no sea empleado de DHP/DHI está autorizada a cambiar o modificar un contrato. También entiendo y acepto que DHP/DHI, sus directores, representantes, empleados y agentes no serán responsables de ninguna lesión, perjuicio o gasto (incluyendo los honorarios de un abogado) que yo o cualquiera de mis dependientes sufra, como resultado de una recomendación, acción u omisión inadecuada de algún proveedor de atención médica.
6. Sujeto a la aceptación de la solicitud por el DHP/DHI, autorizo al grupo, como mi agente remitente, y hasta que esta autorización se revoque por escrito, a deducir de mis salarios o sueldos una cantidad suficiente para prever el pago anticipado regular y oportuno de las tarifas actuales de suscripción, que mi empleador no deba aportar de ningún otro modo, para los contratos solicitados y lo autorizo a enviarlos en mi representación a DHP/DHI.
7. Los contratos solicitados se anularán cuando deje de ser empleado o asociado del grupo. En el caso de que desee conservar mi membresía después de dicho cese, será mi responsabilidad conseguir un nuevo formulario de solicitud de DHP/DHI y solicitar los programas que se ofrezcan en ese momento para dichas personas.