



Formulario de inscripción para el empleado

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR (obligatoria)

Nombre comercial o de la compañía:	Dirección de la compañía:
------------------------------------	---------------------------

Debe completar este formulario para que usted o sus dependientes estén cubiertos por el plan de salud de grupo del empleador. Si usted o sus dependientes tienen pensado renunciar a la cobertura, deberán indicarlo con claridad en este formulario. Si no están todos los datos completos en el formulario hasta 5 días hábiles antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, es posible que usted o sus dependientes no reúnan los requisitos hasta el próximo período de inscripción abierta.

PARA COMPLETAR POR EL EMPLEADO (solicitar o renunciar a la cobertura)

PLAN DE BENEFICIOS:	NÚMERO DE GRUPO:
---------------------	------------------

A. EMPLEADO (solicitante principal)

Nombre legal:	(Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	
Número de Seguro Social:	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Promedio de horas trabajadas por semana	Fecha de ingreso como empleado a tiempo completo: (dd/mm/aaaa)
Dirección particular		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es otra)		Ciudad de la dirección postal	Estado de la dirección postal	Código postal de la dirección postal
Teléfono particular:		Teléfono laboral:	Correo electrónico:	
Teléfono celular:		Momento apropiado para llamar:	Puesto de trabajo:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a		Marque una: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA		Tipo de ingresos: <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> A comisión
Condición del empleado: <input type="checkbox"/> W2 <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Dueño o asociado		Fecha de entrada en vigor de la ley COBRA (dd/mm/aaaa)		

NUEVA INSCRIPCIÓN O RENUNCIA (marque uno):

<input type="checkbox"/> Nuevo empleado	<input type="checkbox"/> Cambio calificador en la situación familiar o laboral: _____	Fecha: (dd/mm/aaaa) _____
<input type="checkbox"/> Empleado vuelto a contratar	<input type="checkbox"/> COBRA	
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura (complete la sección B)	
<input type="checkbox"/> Nuevo grupo	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

B. RENUNCIA A LA COBERTURA (NO COMPLETE ESTA SECCIÓN SI SE INSCRIBE EN LA COBERTURA)

Complete y firme si quiere renunciar a alguna o todas las opciones de cobertura. Debe figurar la inscripción o la renuncia de todos los empleados calificados cuando reúnen los requisitos para la cobertura por primera vez.

Indique el motivo de la renuncia a continuación.

<input type="checkbox"/> Cobertura médica individual	<input type="checkbox"/> Medicare o Medicaid	<input type="checkbox"/> COBRA o continuación de la cobertura
<input type="checkbox"/> Tricare	<input type="checkbox"/> Plan del empleador del cónyuge o de uno de los padres	
<input type="checkbox"/> Por el costo o porque no quiero (NO tendré cobertura de salud) <input type="checkbox"/> Otro: _____		

Ni el empleador, ni el agente, ni en Allstate Benefits nos indujeron o presionaron para que mis dependientes o yo rechazáramos la cobertura. Mis dependientes y yo renunciamos a la cobertura por iniciativa propia.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Nombre en letra de imprenta:	Fecha de ingreso como empleado a tiempo completo:
------------------------------	---

C. PARA COMPLETAR SOLO SI SE AGREGAN PERSONAS A LOS GRUPOS EXISTENTES O HAY CAMBIOS EN LA COBERTURA ACTUAL

Fecha de entrada en vigor solicitada: ____ / ____ / ____ (sujeta a que se apruebe la suscripción)

1. Grupos con varios planes médicos, indique el plan que usted solicita. * Plan médico N.º: _____
2. Si se ofrece cobertura dental ¿quiere seleccionarla? Sí. No. En caso afirmativo, enumere a las personas que inscribe _____
Si se ofrecen varios planes dentales, ¿cuál solicita? * Plan dental _____
3. Si se ofrece cobertura para la vista ¿quiere seleccionarla? Sí. No. En caso afirmativo, enumere a las personas que inscribe _____

* Comuníquese con el empleador para saber cuáles son las opciones o descripciones que figuran en el resumen de cuenta o en la cotización del empleador.

4. Si no se inscribe durante el período de inscripción abierta del empleador, indique el motivo de la inscripción especial (es posible que deba presentar documentación)

- a) Matrimonio Nacimiento Adopción Tutela legal (se requiere copia de la orden judicial)

Si marca alguna opción en el punto a, indique la fecha del caso: ____ / ____ / ____

- b) Divorcio o separación Pérdida involuntaria de la cobertura (indique el motivo por el que perdió la cobertura) _____
 Se agotó el período de COBRA o de continuación de la cobertura Otro _____

Si marca alguna opción en el punto b, indique la fecha de terminación de la cobertura ____ / ____ / ____

Se requiere certificado de cobertura acreditable en todos los casos de inscripción especial por pérdida de la cobertura.

D. PERSONAS QUE RECIBIRÁN COBERTURA

(Inclúyase e incluya a todos los miembros de la familia que quiera asegurar. Si necesita más espacio, agregue otra hoja).

- Solo empleado Cónyuge del empleado Hijos del empleado Familia: empleado, cónyuge e hijos

Inclúyase e incluya a todos los miembros de la familia que quiera asegurar.

Apellido	Nombre	Parentesco y sexo	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Número de Seguro Social	Consume tabaco
		Empleado <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	XXXXXX	XXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Cónyuge <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Hijo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			
		Hijo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			
		Hijo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			
		Hijo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			
		Hijo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			

E. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA COBERTURA DEL SEGURO

1. Si se aprueba la cobertura, ¿hay algún plan médico actual que seguirá vigente? Sí No

a) En caso afirmativo, ¿para quién?

b) Indique la compañía aseguradora y el número de identificación de grupo

2. ¿Usted, su cónyuge o algún menor a cargo tienen actualmente cobertura de Medicare Parte A, B o D? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién?

Si responde que sí, ¿esa cobertura seguirá vigente si se aprueba la cobertura que solicita? Sí No

F. Antecedentes médicos

	Estatura	Peso	¿Tiene motocicleta?		¿Fue declarado/a culpable por alguna infracción de tránsito durante el año pasado?		¿Fue declarado/a culpable por conducir bajo la influencia de drogas o alcohol en los últimos 5 años?	
Empleado			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cónyuge			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Conteste todas las preguntas siguientes y marque todos los casilleros que correspondan en la pregunta 1. Complete la sección G en la próxima página con información detallada sobre las enfermedades que marcó con "sí" en la pregunta 1.

1. En los últimos 5 años, ¿usted o algún dependiente incluido en este formulario de inscripción recibió tratamiento, se realizó pruebas, hizo consultas, o un médico o proveedor le diagnosticó alguna de estas enfermedades? Sí No

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> Infertilidad |
| <input type="checkbox"/> Consumo indebido, abuso o dependencia del alcohol o las drogas | <input type="checkbox"/> Afecciones renales |
| <input type="checkbox"/> Artritis u otra afección en los huesos | <input type="checkbox"/> Lesión o afección en la rodilla |
| <input type="checkbox"/> Artrosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado o hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Hepatitis D |
| <input type="checkbox"/> Quiropraxia | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Afecciones en la sangre (incluida la anemia) | <input type="checkbox"/> Discoide |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o tumor: etapa _____ | <input type="checkbox"/> Lupus eritematoso sistémico |
| <input type="checkbox"/> Localizado (restringido al órgano en donde comenzó) | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico, nervioso o del comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Regional (se extendió a los ganglios linfáticos u órganos cercanos) | <input type="checkbox"/> Tratamiento con internación |
| <input type="checkbox"/> Metástasis (se extendió a órganos distantes) | <input type="checkbox"/> Tratamiento ambulatorio |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> TDAH o TDA |
| <input type="checkbox"/> Fecha de inicio de la diabetes <i>mellitus</i> _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar |
| <input type="checkbox"/> Prediabetes | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Tipo 1 | <input type="checkbox"/> Migrañas o dolores crónicos de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Insulinodependiente | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Bomba de insulina | <input type="checkbox"/> Afecciones musculares |
| <input type="checkbox"/> Afecciones relacionadas con la diabetes | <input type="checkbox"/> Trastornos del sistema nervioso |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> Discapacidad parcial o total |
| <input type="checkbox"/> Retinopatía | <input type="checkbox"/> Enfermedades o deformidades físicas |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Problemas para procrear |
| <input type="checkbox"/> Trastornos digestivos | <input type="checkbox"/> Trastornos pulmonares o respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> EPOC |
| <input type="checkbox"/> Afecciones oftalmológicas u otorrinolaringológicas | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Trastornos endocrinos | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Fracturas con y sin desplazamiento | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o isquémico transitorio |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Baipás | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Trastorno del crecimiento |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Trasplante |
| <input type="checkbox"/> Linfoma de Hodgkin o leucemia | <input type="checkbox"/> Vísceras macizas |
| <input type="checkbox"/> Trastornos inmunitarios | <input type="checkbox"/> Sangre o médula ósea |
| | <input type="checkbox"/> Trastornos de las vías urinarias |
| | <input type="checkbox"/> Afecciones vasculares |

2. En los últimos 5 años, ¿usted o algún dependiente incluido en este formulario de inscripción se encontró en alguna de estas circunstancias?:

- a. ¿Se le diagnosticó o recibió tratamiento para alguna enfermedad que no figura en el listado anterior? Sí No
- b. ¿Se le advirtió sobre la necesidad o la posibilidad de necesitar hospitalización, tratamientos, pruebas o cirugías en el futuro?... Sí No

3. ¿Usted o algún dependiente incluido en este formulario de inscripción está embarazada? Yes..... Sí No

- a. En caso afirmativo, indique la fecha probable de parto _____ / _____ / _____
- b. ¿Está prevista una cesárea? Sí No
- c. ¿Se prevé un parto múltiple? Sí No
- d. ¿Se prevé que usted o la persona embarazada a su cargo tenga otras complicaciones? Sí No

4. ¿A usted o a algún dependiente incluido en este formulario de inscripción le recetaron medicamentos en los últimos 18 meses? (incluidas pastillas, cremas, inyecciones, medicamentos líquidos, inhaladores, bombas, etc.) Sí No

I. Autorización y firma de la SOLICITUD:

Declaro por la presente que formo parte del plantel del empleador participante, y que la información y las respuestas a las preguntas en este formulario de inscripción son veraces y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que, en The Association Benefits Solutions, LLC, cuyo nombre comercial es Allstate Benefits, usarán la información y las respuestas aquí contenidas para determinar si yo y las personas incluidas en este formulario de inscripción, como mi cónyuge o los menores a cargo, reunimos los requisitos de cobertura conforme al Programa Autofinanciado (en adelante, el Programa).

Entiendo y reconozco que elegí participar en un plan ofrecido por el empleador conforme a la sección 125 del Código de Impuestos Internos, y estoy de acuerdo en que el empleador pague las primas del seguro que me correspondan mediante reducciones antes de impuestos del salario o los ingresos. Asimismo, reconozco que la contribución al Seguro Social y el beneficio posterior del Seguro Social se reducirán en una pequeña proporción.

Entiendo que (1) la cobertura se me proporcionará según las respuestas brindadas; (2) cualquier tergiversación o información material incompleta a las preguntas de este formulario de inscripción podría usarse como base para modificar las tarifas o dar de baja la cobertura; (3) si no se aprueba la cobertura, ni yo, ni mi cónyuge, ni los menores a cargo tendremos derecho a recibir beneficios; (4) si yo, mi cónyuge o los menores a cargo renunciamos a la cobertura y decidimos solicitarla más adelante, es posible que debamos demostrar que reunimos los requisitos, y que los beneficios se aplacen por un período específico; y por último, (5) la cobertura no entrará en vigencia hasta que desde Allstate Benefits notifiquen al empleador que se aprobó este formulario.

Por la presente autorizo a quienes tengan información sobre mí o mis hijos menores, incluidos los médicos con licencia, médicos de cabecera, hospitales, las clínicas o cualquier otro centro médico o relacionado con la salud, las compañías de seguro, farmacias o los establecimientos relacionados con las farmacias, los administradores de beneficios de farmacia y sus entidades relacionadas, las compañías de seguro o de reaseguro o al empleador a que suministren mis datos según lo requieran desde Allstate Benefits o a través de su representante legal, o de los servicios de recuperación de expedientes médicos que colaboren con la compañía.

Dentro de la autorización, se incluye toda la información que cualquiera de ellos tenga sobre mí, como la relacionada con diagnósticos, pruebas, tratamientos y pronósticos relativos a mi salud física o psíquica (tratamientos por consumo indebido de alcohol o de drogas, tratamientos psiquiátricos, medicamentos recetados en farmacias, tratamientos y exámenes para detectar VIH, tratamientos y exámenes para detectar enfermedades venéreas, tratamientos y exámenes para detectar célula falciforme, resultados de laboratorio y electrocardiogramas, entre otros). También podrá divulgarse esta información a toda compañía que colabore con Allstate Benefits para obtener los expedientes médicos. Si bien la normativa federal exige que le informemos sobre la posibilidad de que la información que se divulgue a los fines de esta autorización puede ser objeto de nuevas divulgaciones por parte del receptor y, por lo tanto, dejar de estar protegida conforme a esta normativa, toda la información que recibamos en Allstate Benefits para los fines de esta autorización estará protegida por las leyes y reglamentaciones estatales y federales de protección de la privacidad.

Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente respecto a mi solicitud de cobertura con el Programa: (1) en Allstate Benefits pueden obtener informes de solvencia, entre los que se podría incluir mi información crediticia, antecedentes de infracciones de tránsito o información personal o privilegiada de parte de terceros; (2) dicha información se podría divulgar a filiales o terceros no asociados sin mi consentimiento previo, pero únicamente según lo permita o requiera la ley; (3) en Allstate Benefits me informarán (previa solicitud por escrito) cuando soliciten informes de solvencia, así como el nombre y la dirección de la agencia que realizará dicho informe; (4) puedo pedir acceso a la información que en Allstate Benefits hayan reunido sobre mí y hacer las correcciones pertinentes; (5) en Allstate Benefits podrían solicitar y usar informes de solvencia posteriores cuando actualicen o renueven mi seguro o la cobertura de salud financiada conforme a esta solicitud; y por último, (6) en Allstate Benefits me facilitarán una explicación detallada sobre sus prácticas de intercambio de información si la solicito.

En relación con esta solicitud de cobertura del plan de salud, en Allstate Benefits evaluarán el informe crediticio, o bien obtendrán o usarán el puntaje de mi informe crediticio según la información que figure en dicho informe. Es posible que en Allstate Benefits deleguen en un tercero la preparación del puntaje crediticio para otorgarme seguros. Puedo solicitar que actualicen la información crediticia. Si pongo en cuestión la fidelidad de esta información, en Allstate Benefits volverán a analizar mi situación, previa solicitud, según la información crediticia corregida de parte de una agencia de verificación de solvencia. Por la presente autorizo en Allstate Benefits para que obtengan informes de mi solvencia económica.

Entiendo que en Allstate Benefits requieren esta autorización para poder tomar decisiones relacionadas con el cumplimiento de los requisitos o la inscripción mía, de mi cónyuge o de mis dependientes. Asimismo, en Allstate Benefits pueden utilizarla para tomar decisiones sobre el reaseguro o la calificación de riesgo. Si no acepto firmar o retiro esta autorización, o si me niego a autorizar que en Allstate Benefits obtengan informes de solvencia, es posible que en Allstate Benefits rechacen mi solicitud de inscripción.

Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento si notifico por escrito en Allstate Benefits mi deseo de revocarla. La revocación debe enviarse por correo postal certificado a la siguiente dirección: Privacy Office, National Health Insurance Company, 4455 LBJ Freeway, Ste 375, Dallas, TX 75244. Dicha revocación no tendrá validez para las medidas que en Allstate Benefits ya hayan tomado en virtud de la autorización anterior. La presente autorización dejará de tener validez en cualquiera de estos casos: se rechaza mi solicitud, se deniega la inscripción, o dejo de tener la cobertura del Programa (lo que ocurra primero), pero en ningún caso la autorización podrá seguir vigente pasados los 24 meses después de su firma.

Reconozco que cualquier tergiversación con conocimiento y deliberada en este formulario de inscripción puede considerarse un fraude al plan de atención de salud y constituye una infracción penal a la sección 1347 del título 18 del Código de los Estados Unidos (con penas de hasta 10 años de prisión).

Firma del empleado o solicitante principal: _____ Fecha: _____

Con el Programa Autofinanciado de Allstate Benefits, los empleadores que tienen emprendimientos comerciales pequeños o medianos pueden instrumentar un plan autofinanciado de beneficios de salud para sus trabajadores. El empleador establece el plan de beneficios, que no es un tipo de seguro. Para los empleadores que participan en el Programa Autofinanciado de Allstate Benefits, el reaseguro para limitar las pérdidas está garantizado por las siguientes compañías: Integon National Insurance Company, en Connecticut, Nueva York y Vermont; Integon Indemnity Corporation en Florida, y por National Health Insurance Company en todos los demás estados donde se ofrece. © 2021 Allstate Insurance Company. www.allstate.com or allstatebenefits.com.