

Instrucciones para Completar la Solicitud del Empleado

Por favor utilice sólo pluma con tinta negra o azul. No utilice abreviaturas. Complete todas las secciones, responda a cada pregunta lo más preciso posible. Si usted no está seguro o tiene preguntas acerca de la información solicitada en este formulario, por favor comuníquese con su Administrador de Grupo.

1. Información sobre la Inscripción (Enrollment Information). Seleccione la razón por la cual está completando este formulario y marque la casilla apropiada

- **Inscripción Nueva (New Enrollment):**

- **Inscripción Oportuna (Timely Enrollment):** Esta es su primera oportunidad para inscribirse después de ser elegible.

- **Inscripción Especial (Special Enrollment):** Usted se está inscribiendo dentro de los 31 días de un acontecimiento calificativo tal como un nacimiento, adopción, puesto para adopción, matrimonio, divorcio o pérdida involuntaria de otra cobertura. Para cobertura de Fort Dearborn Life, esta provisión sólo aplica para cobertura de Vida para Dependientes.

- **Inscripción Tardía para los Planes de Vida e Incapacidad (Late Enrollment for Life and Disability Plans):** Los que se inscriban tarde tienen que presentar prueba de asegurabilidad aceptable si el empleador contribuye menos del 100%. Si el empleador contribuye el 100%, la fecha efectiva de dicha persona será mutuamente aceptada por la compañía de seguro y el empleador.

- **Inscripción Abierta (Open Enrollment):** El período de tiempo ofrecido a base regular el cual le permite inscribirse en un plan de salud de grupo o hacer cambio a su póliza actual – normalmente 30 días antes de la fecha del aniversario del programa. Bajo el plan de Vida Voluntario, para los empleados solicitando o aumentando la cobertura después de su período inicial de elegibilidad sólo pueden inscribirse durante el período anual de inscripción abierta de su empleador. En estas circunstancias se requerirá prueba satisfactoria de asegurabilidad para la cobertura de Vida Voluntaria. Para los planes que no son de Seguro de Vida e Incapacidad Voluntario, refiérase a “Inscripción Tardía” arriba. Además, lo siguiente aplica a todas las coberturas:

- **Nuevo Miembro (New Member):** Si usted es un empleado recientemente contratado que es elegible en la Inscripción Abierta o un empleado actual que elige cobertura por primera vez.

- **Cambio de Plan (Plan Change):** Usted está cambiando su cobertura actual.

- **Añadir Dependientes (Add Dependents):** Usted está añadiendo su cónyuge o hijos a su cobertura.

Si lo sabe, incluya sus números de Grupo, Sección e Identificación y la fecha efectiva. Incluya su número de seguro social y fecha de contratación.

- Si esta es su inscripción inicial, usted no necesita incluir su número de Identificación.

- Su número de Seguro Social es sólo utilizado para propósitos internos.

2. Cobertura Solicitada (Coverage Applied For). Proporcione la información solicitada en la Sección 2. Elija la Cobertura Empleado (Employee), Empleado + Cónyuge (Employee + Spouse), Empleado + Hijo(s) (Employee + Child(ren), o Familia (Family). Elija uno de los planes de salud ofrecidos por su empleador. Seleccione un plan dental y de vida según sea ofrecido por su empleador. Si se inscribe en Fort Dearborn Life, enumere todos los beneficiarios que apliquen, proporcione el primer nombre y apellido, su parentesco con usted y sus edades. Si requiere espacio adicional, adjunte una hoja de papel. Si niega la cobertura dental o de vida para sí mismo, o si niega la cobertura de salud para sí mismo, su cónyuge, o hijos, por favor complete el formulario de Renuncia de Cobertura (Waiver of Coverage) adjunto a esta solicitud. **Se requiere su firma si está negando cualquier cobertura ofrecida.**

3. Si usted o sus dependientes están cubiertos bajo Medicare incluya su número de HIC, el número de reclamación de Medicare que aparece en su Tarjeta de Identificación de Medicare. *Asegúrese de incluir la fecha de comenzar (start date) donde aplique:* Medicare A, Medicare B, Enfermedad Renal Final (ESRD) Diálisis, e Incapacidad. La fecha de comenzar ESRD es la fecha que comienza el curso normal de diálisis y ESRD (o la fecha del trasplante de riñón en el caso de fallo renal agudo). La fecha de comenzar la incapacidad es la fecha que usted o sus dependientes tienen derecho a Medicare debido a una incapacidad.

4. Información sobre Cobertura para el Empleado (Employee Coverage Information). Complete cada sección que aplique a usted.

Si seleccionó cobertura HMO: usted tiene que elegir un Grupo Médico (Medical Group) o IPA (Independent Practice Association) y un Médico de Cabecera (PCP)* *para cada persona que será cubierta.* El PCP seleccionado tiene que formar parte de su Grupo Médico/IPA. Usted puede elegir un Grupo Médico/IPA para cada persona. Hasta que recibamos esta información, usted no es elegible para recibir servicios médicos y sus reclamaciones serán negadas. Asegúrese de incluir el número y nombre del Grupo Médico/IPA, nombre y número del PCP.

*Las afiliadas pueden también elegir un Principal Proveedor del Cuidado de la Salud Femenina (WPHCP). Un WPHCP puede ser consultado sin referencia de su PCP; sin embargo, el PCP y WPHCP tienen que tener un acuerdo de referencia el uno con el otro.

5. Información Sobre Cobertura Familiar (Family Coverage Information). Responda a cada pregunta si tiene un cónyuge o hijos solicitando cobertura. **Cónyuge** – Incluya toda la información. Si usted elige cobertura HMO, complete la sección HMO según lo indicado arriba. **Hijos** – Incluya toda la información. Si usted elige cobertura HMO, complete la sección HMO según lo indicado arriba. Si es necesario use una hoja de papel separada y adjúntela a esta solicitud.

6. Información sobre Otro Seguro (Other Insurance Information). Si usted, su cónyuge o cualquiera de sus hijos están solicitando cobertura o tienen otra cobertura bajo otro seguro, complete **toda** la información solicitada. Esta información permitirá la coordinación apropiada de sus beneficios.

7. Solicitud para Cobertura (Application for Coverage). Por favor lea, feche y firme esta sección. Se requiere su firma si está solicitando cualquier cobertura.

Preguntas acerca de la Salud (Health Questions). Para ser completado y firmado por los empleados en grupos de empleados de 2-50 empleados inscritos o cualquier grupo (sin importar el tamaño) que eligen ser Asegurado Medicamento. Para cobertura de la Salud, los empleados de grupos de más de 50 empleados inscritos no necesitan completar este formulario. Para cobertura de Fort Dearborn Life: Las preguntas acerca de la salud tienen que ser completadas por el empleado si el grupo tiene dos o más empleados elegibles Y está solicitando una cantidad mayor que la emisión garantizada (guarantee issue), solicitando cobertura de vida voluntaria o para cualquier inscripción tardía. Si no firma esta sección, la solicitud no puede ser considerada completada y será devuelta. Se requiere la firma del cónyuge si el mismo está solicitando cobertura.

Renuncia de Cobertura (Waiver of Coverage). Si usted niega la cobertura dental o de vida, o si niega cobertura de salud para sí mismo, su cónyuge o sus hijos, por favor complete el formulario de Renuncia de Cobertura adjunto a esta solicitud. Se requiere su firma para cualquier renuncia de cobertura. Si no está negando cualquier cobertura, por favor no complete este formulario.