

Inscripción / Terminación / Cambio de Estado / Renuncia



P.O. Box 1310, Corvallis, OR 97330 · 800-832-4580 · Fax 541-768-9778 · SHPOCommercialGroups@samhealth.org · samhealthplans.org

Complete toda la información en este formulario. Esta información es necesaria para procesar su solicitud de terminación/inscripción.

Nombre del grupo del empleador:	Número de grupo:	Identificador de clase:	Fecha de contratación:
Fecha de vigencia/finalización solicitada:	Identificación del afiliado:		
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Nueva Inscripción <input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Cambio de estado <input type="checkbox"/> Añadir dependiente <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura <input type="checkbox"/> Terminación <input type="checkbox"/> Otro:			
Razón de cambio de estado (matrimonio, divorcio, cambio dependiente, etc.):			Fecha del evento:
Evento que califica (solo terminación del suscriptor):	<input type="checkbox"/> COBRA (más de 20 empleados)	Fecha de inicio de COBRA:	Fecha de finalización de COBRA:
Deducible/Copago	<input type="checkbox"/> Standard Bronze	<input type="checkbox"/> Standard Silver	<input type="checkbox"/> Rendimiento

Información del empleado

Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión de hecho	FECHA DE NACIMIENTO:	Número de seguridad social (SSN):	Género:
Dirección postal:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono particular:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:	
Idioma hablado preferido:		Idioma escrito preferido:	

Información del dependiente *(Si renuncia, consulte la página siguiente).*

Agregar	Dar de baja	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el empleado	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Género

Información Adicional de Cobertura (Esta sección no es una exención de cobertura. Esta información es obligatoria para el pago de reclamos).

¿Usted o los afiliados de su familia tienen algún tipo de seguro médico adicional o Medicare? Sí No

Si la respuesta es sí, marque los tipos de cobertura y luego complete la siguiente información.

Médica

Medicamentos recetados Visión

Aseguradora:

Nombre del titular de la póliza:

Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

Número de póliza:

Número de teléfono de la aseguradora:

Fecha de entrada en vigencia de la póliza:

Nombres completos de las personas cubiertas:

¿El seguro de alguno de los dependientes anteriores está afectado por una orden/sentencia judicial de divorcio? Sí No

Si la respuesta es sí, incluya la parte de la sentencia que muestra la responsabilidad por los gastos médicos.

Veracidad de la información: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en esta solicitud de seguro puede ser culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y sanciones civiles. Samaritan Health Plans puede cancelar la afiliación de dicha persona y negarse a pagar sus reclamos.

Reconocimiento del empleado: Reconozco y entiendo que la cobertura de Samaritan Health Plans está determinada por el contrato grupal celebrado con mi empleador y está sujeta a los términos y condiciones de dicho contrato. Acepto los criterios de elegibilidad establecidos por mi empleador, y entiendo que la cobertura no comienza para mí ni para ningún dependiente, hasta que todos los requisitos de elegibilidad estén satisfechos. Igualmente reconozco y entiendo que Samaritan Health Plans puede solicitar o divulgar información de salud, además de las notas de psicoterapia, sobre mí o mis dependientes (personas enumeradas en la cobertura de beneficios en el formulario de inscripción) con el fin de: (a) llevar a cabo operaciones comerciales de Samaritan Health Plans; (b) facilitar tratamientos de atención médica; (c) emitir o facilitar el pago de los servicios de atención médica; o (d) según lo requiera la ley. El uso de la divulgación de notas de psicoterapia por parte de Samaritan Health Plans se limita a las circunstancias en las que el paciente ha entregado una autorización firmada.

Autorización para la deducción de la nómina de pago: Autorizo a mi empleador a deducir de mi sueldo las contribuciones necesarias para pagar la cobertura solicitada en este formulario de inscripción. Esta autorización se aplica a dicha cobertura hasta que yo la revoque por escrito (no se aplica a COBRA, continuación del estado o exención de la cobertura).

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

O

Firma del administrador: _____

Fecha: _____

Rechazo de la Cobertura

Rechazo la cobertura para: Yo mismo Mi cónyuge/pareja doméstica Mis hijos dependientes Yo mismo y mis dependientes

Motivo por el cual rechaza la cobertura médica (requerido si rechaza la cobertura):

Cuento con cobertura médica calificada a través de (proporcione el nombre de la compañía de seguros y marque el tipo de cobertura):

Nombre de la compañía de seguros: _____

Tipo de cobertura: Mi otro empleador El empleador de mi cónyuge/pareja doméstica El empleador de mi padre/madre Medicare Medicaid Tricare Servicio de Salud Indígena

Tengo otra cobertura médica a través de la Póliza Individual. ¿Es usted un indio estadounidense o nativo de Alaska? Sí No

No cuento con otra cobertura médica y no me estoy afiliando (explique): _____

Por la presente rechazo la cobertura bajo el plan grupal ofrecido por mi empleador como se indicó anteriormente. Entiendo que al renunciar a la cobertura en este momento, no se me permitirá participar a menos que califique para un período de inscripción especial o como afiliado tardío, si corresponde, o en el próximo período de inscripción abierta.

Firma del empleado: _____

Fecha: _____