

Sello/Ponche

SOLICITUD PARA EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL ELA 2010



No escriba en áreas sombreadas gris

	<input type="checkbox"/> INGRESO NUEVO	<input type="checkbox"/> RENOVACION
# de Grupo	<input type="checkbox"/> ELA Puro	<input type="checkbox"/> ELA Puro Platino
# de Cuenta	SEGURO SOCIAL	CÓDIGO
Plan (Tier)	Edad	F. de Nac. (M/D/A)
	Estado Civil	
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL		
Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial		Sexo
Dirección Residencial:		Tel. Casa
B/ Package		Tel. Alternó
Dirección Postal:		Celular
Efectividad	PATRONO	
Vencimiento	Agencia o Municipio	División
	Clasificación Empleado	Estatus
	<input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Adm. <input type="checkbox"/> Unionado
		<input type="checkbox"/> Transitorio c/más de 6 meses
		<input type="checkbox"/> Transitorio c/ menos de 6 meses

Pensionado Está usted en trámite de: Retiro Licencia sin Sueldo, fecha de que comenzó la misma: _____ Transitorio c/ menos de 6 meses

PLAN (Si tiene Medicare, es requisito incluir copia de la tarjeta)

<input type="checkbox"/> Individual Activo	Solo para pensionados:		* De escoger una de estas dos opciones favor de indicar composición:	
<input type="checkbox"/> Pareja Activo	<input type="checkbox"/> *Complementaria Medicare (individual)	<input type="checkbox"/> Matrimonio (ambos con Medicare A y/o B)	<input type="checkbox"/> Familiar (uno con Medicare A y/o B)	
<input type="checkbox"/> Familiar Activo	<input type="checkbox"/> *Medicare Advantage (individual)	<input type="checkbox"/> Pareja (uno con Medicare A y/o B)	<input type="checkbox"/> Familiar (dos con Medicare A y/o B)	

¿Tiene usted otro seguro médico? No Sí Indique cuál: _____

PLAN MANCOMUNADO: Si aplica, favor de completar información sobre el cónyuge; incluir la forma SC-1335			
Agencia del Cónyuge	División	Seg. Soc. del Cónyuge	# de Cuenta
		F. de Nac. M/D/A	Pueblo de Trabajo
			Plan
			B/Package

CUBIERTAS REGULARES	FARMACIA	CUBIERTAS OPCIONALES	CUBIERTAS MEDICARE ADVANTAGE (MA)
<input type="checkbox"/> Cubierta Básica Libre Selección con 9.1	<input type="checkbox"/> Farmacia 9.1	<input type="checkbox"/> Mayor Medical <input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> MA con Farmacia Parte D <input type="checkbox"/> MA solamente
<input type="checkbox"/> Cubierta Alterna Libre Selección con 9.1	<input type="checkbox"/> Farmacia 9.2	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Farmacia Parte D solamente (PDP)
<input type="checkbox"/> Cubierta Básica Cuidado Coordinado con 9.1*			

* Médico Primario: Favor de escoger su Médico Primario: _____

* Número del Grupo Médico seleccionado _____

DEPENDIENTES DIRECTOS (Refiérase a la Guía del Suscriptor para la definición de dependientes directos.)

Suf	Parentesco	Añadir	Elimin.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Edad y Fecha de Nac. (M/D/A)	Sexo	Code	Indique si tiene otro plan, estudianto Universitario o Incapacitado. Incluya evidencia.
	Cónyuge				años			
				Médico Primario	/ /			Seg. Social
					años			
				Médico Primario	/ /			Seg. Social
					años			
				Médico Primario	/ /			Seg. Social
					años			
				Médico Primario	/ /			Seg. Social

DEPENDIENTES OPCIONALES (Someter evidencia que cumpla con requisito de elegibilidad)

Suf	Parentesco	Añadir	Elimin.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Edad y F. de Nac. (M/D/A)	Sexo	Code	CUBIERTA (Será igual a la del Suscriptor Principal, excepto Medicare)
					/ /			<input type="checkbox"/> Mayor de 65 años
				Seguro Social	/ /			<input type="checkbox"/> Menor de 65 años
				HIC Number	/ /			<input type="checkbox"/> Mayor o Menor de 65 años con A y/o B Medicare favor de escoger cubierta;
				Fecha Parte A _____ / _____ / _____ Fecha				<input type="checkbox"/> Complementaria
				Fecha Parte B _____ / _____ / _____				<input type="checkbox"/> M A con Farmacia parte D
				Médico Primario				<input type="checkbox"/> Farmacia parte D
				Dirección Residencial:				<input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> 9.1 <input type="checkbox"/> 9.2
				Dirección Postal:				

Suf	Parentesco	Añadir	Elimin.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Edad y F. de Nac. (M/D/A)	Sexo	Code	CUBIERTA (Será igual a la del Suscriptor Principal, excepto Medicare)
					/ /			<input type="checkbox"/> Mayor de 65 años
				Seguro Social	/ /			<input type="checkbox"/> Menor de 65 años
				HIC Number	/ /			<input type="checkbox"/> Mayor o Menor de 65 años con A y/o B Medicare favor de escoger cubierta;
				Fecha Parte A _____ / _____ / _____				<input type="checkbox"/> Complementaria
				Fecha Parte B _____ / _____ / _____				<input type="checkbox"/> M A con Farmacia parte D
				Médico Primario				<input type="checkbox"/> Farmacia parte D
				Dirección Residencial:				<input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> 9.1 <input type="checkbox"/> 9.2
				Dirección Postal:				

PARTE A y/o B DE MEDICARE: Si usted, su cónyuge o dependiente directo u opcional tiene medicare favor acompañar evidencia **SI**

Usted Fecha parte A / / Fecha parte B / / HIC Number: _____

Cónyuge Fecha parte A / / Fecha parte B / / HIC Number: _____

Dep. Directo Fecha parte A / / Fecha parte B / / HIC Number: _____

SEGURO DE VIDA: BENEFICIARIOS (total de porcentos tiene que sumar 100)

Añadir	Elimin.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Sexo	Code	F. de Nac. (M/D/A)	Parentesco	Porciento

CÓMPUTO DE PRIMA

Suscriptor : Cubierta Básica \$ _____ + Fcia. _____ + MM _____ + Vida + _____ + Visión + _____ + Otros _____ = \$ _____

Dep. Opc. : Cubierta Básica \$ _____ + Fcia. _____ + MM _____ + Vida + _____ + Visión + _____ + Otros _____ = \$ _____

Costo Total \$ _____ - Aportación Patronal \$ _____ - Aportación Mancomunado \$ _____ = Aportación Empleado \$ _____

Nombre Orientador (letra de molde) y firma: _____ Número: _____

Certifico estar de acuerdo con las instrucciones al dorso de esta solicitud. Nota: Si el suscriptor firma con una X, deberá estar presente un Testigo

Firma del Suscriptor

Fecha

Nombre del Testigo y/o Representante Legal X _____ Núm. Teléfono: _____

Firma del Testigo y/o Representante Legal X _____ Relación con el Suscriptor: _____

INSTRUCCIONES

1. Lea el folleto que aplica a la póliza. Todas las secciones sombreadas en gris son para el uso exclusivo del Plan.
2. Escriba en maquinilla o en bolígrafo en letra de molde (no use lápiz). Complete todos los encasillados que le apliquen. No haga tachaduras ni borrones. **Conserve copia con fecha de entrega.**
3. **SOLICITUD DE INGRESO:**
 - Marque con una X si es ingreso nuevo o una renovación. • Marque con una X si es ELA puro o ELA médico indigente. Si es médico indigente debe pasar por la oficina de Asistencia Médica para las gestiones pertinentes.
4. **NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** El asegurado principal debe escribir su nombre y número de seguro social tal y como aparece en su cheque de nómina o en su cheque de Retiro. Escriba toda la información solicitada.
5. **PATRONO:** Escriba la información sobre la agencia o municipio donde usted trabaja, fecha de empleo e indique con X los encasillados que apliquen
 - Transitorios con contratos de menos de seis meses no tienen derecho a la Aportación Patronal, pero sí a suscribirse en el plan.
 - Empleados en Licencia sin Sueldo deberán notificar la fecha en que comenzaron dicha licencia. Si es pensionado, escriba la fecha en que comenzó el Retiro.
6. **PLAN:** Marque con una X el tipo de plan. Favor de incluir la forma SC-1335 si su plan es **MANCOMUNADO** y complete la información solicitada sobre su cónyuge. **Si es pensionado**, marcar el plan e indicar composición (si es pareja o familiar).
 - o Todo **pensionado** con las partes A y B de Medicare tiene que incluir copia de la tarjeta de Medicare.
 - o Para seleccionar la complementaria de Medicare o Medicare *Advantage* (Cubierta Médico-Hospitalaria con Medicamentos Recetados "MAPD". Cubierta de Medicamentos Recetados solamente "PDP" o Cubierta Médico-Hospitalaria solamente "MA", individual, matrimonio, pareja o familiar), es necesario que sea pensionado y esté acogido a las partes A y B para MAPD o A y/o B para un PDP. Esta opción sólo estará disponible para pensionados con sus dependientes directos; y dependientes opcionales mayores de 65 años que estén acogidos a las partes A y B de Medicare. No cualifican los empleados activos, sus cónyuges y dependientes directos. También será elegibles aquellos dependientes opcionales de Pensionados, siempre y cuando no estén acogidos a Medicare por razones de incapacidad o condición crónica renal.
 - o Favor de incluir la forma SC-1335 si su plan es **MANCOMUNADO** y complete la información solicitada sobre su cónyuge.
7. **CUBIERTAS:** Seleccione con una X la cubierta deseada:
Empleados:
 - o Cubierta Regular – Debe escoger entre las de Libre Selección o Cuidado Coordinado ambas incluyen la cubierta de Farmacia 9.1.
 - o Cubiertas Opcionales – Puede escoger las opciones que desee bajo su plan para usted y sus dependientes en el contrato.
 - o Si escogió una cubierta de cuidado coordinado favor de seleccionar el médico primario para usted e indicar número del grupo médico.**Pensionados:**
 - o Debe escoger en Medicare Advantage entre Cubierta Médico-Hospitalaria con Medicamentos Recetados "MAPD" o Cubierta Médico-Hospitalaria solamente "MA".
 - o Cubierta Opcional de Farmacia – Si no escogió "MA con Farmacia Parte D", debe escoger una de las tres (3) cubiertas de Farmacia 9.1, 9.2 y Parte D.
 - o Si escogió una cubierta Medicare Advantage favor de seleccionar el médico primario para usted.
 - o Si sus dependientes directos tienen cubierta regular debe escoger entre Libre Selección o Cuidado Coordinado ambas incluyen la cubierta de Farmacia 9.1.
 - o Cubiertas Opcionales sólo para dependientes con cubierta regular – Puede escoger las opciones que desee para sus dependientes en el contrato
8. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Incluya la información de sus dependientes directos.
 - Las primeras dos líneas están reservadas para la información de su cónyuge.
 - Si no tiene cónyuge y tiene otros dependientes directos (eg. hijos) escriba la información a partir de la línea de cónyuge. Los hijos solteros entre 19 y 24 años cualifican como dependientes directos en el contrato familiar si son estudiantes y **se provee evidencia que lo acredite como tal con un mínimo de 9 créditos por periodo de estudios. Es responsabilidad del empleado asegurado o suscriptor enviar evidencia al Plan por periodos de estudio.**
 - Si escogió una cubierta de cuidado coordinado favor de seleccionar el médico primario para cada dependiente e indicar número del grupo médico.
9. **DEPENDIENTES OPCIONALES:** Incluya la información de sus dependientes opcionales en el mismo formato de los dependientes directos.
 - Los hijos solteros mayores de 19 años que son estudiantes sólo cualifican como dependientes opcionales si dependen sustancialmente de dicho empleado para su sustento y que vive bajo el mismo techo con el empleado asegurado. Es responsabilidad del empleado asegurado o suscriptor demostrar que sus dependientes opcionales cumplan con estos requisitos.
 - La cubierta del dependiente opcional será igual a la del Suscriptor Principal, excepto en Medicare.
 - Si escogió una cubierta de cuidado coordinado o Medicare *Advantage*, favor de seleccionar el médico primario para cada dependiente opcional e indicar número del grupo médico.
 - Será elegible a cubiertas de Medicare *Advantage* aquellos dependientes opcionales de empleados activos, siempre y cuando no estén acogidos a Medicare por razones de incapacidad o condición crónica renal.
 - Si incluye a un **dependiente opcional** con las partes A y B de Medicare, tiene que incluir copia de la tarjeta de Medicare.
 - Es importante que a los dependientes opcionales que se acojan a la cubierta de Medicare incluyan la dirección postal de cada dependiente.
10. **SEGURO DE VIDA:** Complete la información sobre la designación de beneficiarios para la cubierta de Seguro de Vida. Sólo el servidor público tiene derecho a esta cubierta. De necesitar más espacio para los beneficiarios deberá indicar en la solicitud que incluirá los beneficiarios en un anejo, debidamente firmado.
11. **CÓMPUTO DE PRIMA:** Favor de verificar que en el cómputo de Prima se hayan incluido todas las cubiertas solicitadas y dependientes opcionales. Verificar que esté correcto antes de firmar la solicitud.
12. Verificar que esté firmada por el orientador o vendedor.
13. **Firme** la solicitud y escriba la fecha en que entregó la solicitud.
14. Asegúrese que la información suministrada esté correcta y completa. La falta de información solicitada puede ocasionar que la solicitud no sea procesada hasta que provea la información requerida.
15. Retenga la segunda hoja de la solicitud con el acuse de recibo del Plan. El original deberá ser entregado al Plan y copia a la Agencia o Municipio.

LEY ANTIFRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares, o pena de reclusión por un término de tres (3) años o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa que no será menor de (\$1,000) mil dólares ni mayor de (\$5,000) cinco mil dólares.

La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para el asegurado o tercero reclamante no cumpla con las disposiciones de este Capítulo. (Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 2732, según enmendado el 8 de enero de 2004).

COMENTARIOS:

Por la presente solicito del Plan cubierta de beneficios para mí y mis dependientes, si alguno. Entiendo que esta solicitud está sujeta a la aceptación del Plan y que los servicios provistos están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones conforme a las descritas en el Contrato Uniforme. Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo al Plan a verificar la misma. Autorizo al Plan a ofrecer información sobre la elegibilidad y Cubiertas al Área de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda.

Autorizo al Plan a obtener de proveedores de servicio la información médica relacionada conmigo y mis dependientes que sea necesaria para la administración del plan. Autorizo a mi patrono a deducir de mi sueldo y enviar al Plan la cantidad necesaria para el pago de mi plan médico.