

## Formulario de inscripción y solicitud del empleado y del individuo de seguro grupal grande

En el Formulario de inscripción y solicitud del empleado/individuo de seguro grupal grande, "Humana" hace referencia a la(s) compañía(s) que ofrece(n) el plan enumerado(s) a continuación, en forma individual o colectiva, y según lo exija el contexto.

Los planes PPO, EPO y de Indemnización están asegurados por Humana Health Insurance Company of Florida, Inc. Los planes POS y HMO son ofrecidos por Humana Medical Plan, Inc. El plan Humana National POS es ofrecido por Humana Medical Plan, Inc. Los planes de seguro de vida están asegurados o administrados por Humana Insurance Company. Los planes dentales Prepagado, Básico, Intermedio y Alto están suscritos por The Dental Concern, Inc. Los planes dentales Prepagado y AdvantagePlus son ofrecidos y están administrados por CompBenefits Company. Todos los demás planes dentales están asegurados o son administrados por HumanaDental Insurance Company o Humana Insurance Company. Los planes de la vista están asegurados o son administrados por Humana Insurance Company o CompBenefits Insurance Company o CompBenefits Company. Los planes de discapacidad a corto plazo, discapacidad a largo plazo, seguro de vida y beneficios voluntarios del lugar de trabajo son asegurados o están administrados por Kanawha Insurance Company.

Escriba con letra de imprenta clara y complete cada círculo donde corresponda.

Nombre del grupo/empleador  Ciudad del grupo/empleador  Estado

### Indicaciones para el evento determinante

- Inscripción de una nueva compañía
- Nueva contratación/recientemente elegible
- Nacimiento o adopción de un dependiente

- Evento de inscripción abierta
- Recontratación/reincorporación
- Pérdida de la cobertura

Cambio en el estado civil  
Fecha del evento determinante (MM/DD/AAAA)

/  /

### Sólo para uso administrativo

Otro \_\_\_\_\_  
Fecha de entrada en vigor del beneficio (MM/DD/AAAA)

/  /

## Información del empleado/individuo

Apellido  Nombre  Inicial del segundo nombre

N.º de Seguro Social  -  -  Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)  /  /  Código de área  Número de teléfono  -

Dirección

Apto./Suite/No. apartado postal  Sexo  Femenino  Masculino Idioma de preferencia  Inglés  Español

Ciudad  Estado  Código postal  Condado/Parroquia

Dirección de correo electrónico

Estado de empleo  Empleado/Individuo a tiempo completo  Jubilado  COBRA Fecha de contratación a tiempo completo (MM/DD/AAAA)  /  /

¿Padece alguna discapacidad que afecta su capacidad para comunicarse o leer?  No  Sí ¿Está discapacitado o imposibilitado para realizar las actividades de trabajo normales?  No  Sí En caso afirmativo, indique el motivo: \_\_\_\_\_

Salario anual \$  Horas trabajadas por semana

Ocupación

Solo HMO/POS Nombre del médico de atención primaria  N.º de identificación del médico de atención primaria  ¿Es actualmente su paciente?  Sí  No

Solo HMO/POS Nombre del médico obstetra/ginecólogo de atención primaria (si corresponde)  N.º de identificación del médico de atención primaria  ¿Es actualmente su paciente?  Sí  No



Apellido:

Nombre:

Usar la siguiente dirección alternativa para estos dependientes:  1  2  3  4

Dirección

Apto./Suite/No. apartado postal

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

### Seguro médico

¿Desea extender la cobertura a su(s) hijo(s) adulto(s) dependiente(s) de hasta 30 años de edad?  No  Sí

Tipo de cobertura:  Empleado/Individuo únicamente

Empleado/Individuo y cónyuge

Empleado/Individuo e hijo(s)

Familia

Otro

#### Sólo para uso administrativo

N.º de grupo

N.º de beneficio

N.º de clase/división

Nombre del plan

Nombre de la red

• ¿Usted o algún dependiente cubierto actualmente tienen otra cobertura médica, tal como un plan de su cónyuge, otro plan médico de Humana o Medicare?

Sí  No En caso afirmativo, enumérelas: (Se debe completar esta sección para que Humana pueda procesar cualquier reclamación médica.)

Nombre de la compañía aseguradora médica o identificación de Medicare:

Nombre de la compañía aseguradora médica o identificación de Medicare:

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)

/  /

Tipo de cobertura (marque todas las que correspondan)

Empleado/Individuo

Cónyuge

Hijo(s)

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)

/  /

Tipo de cobertura (marque todas las que correspondan)

Empleado/Individuo

Cónyuge

Hijo(s)

Fecha de finalización, si corresponde (MM/DD/AAAA)

/  /

Fecha de finalización, si corresponde (MM/DD/AAAA)

/  /

• ¿Usted o algún dependiente cubierto tuvieron seguro médico de otra compañía (incluso otro plan de Humana) en los últimos 18 meses?

Sí  No En caso afirmativo, enumérelas: (Se debe completar esta sección para que Humana pueda procesar cualquier reclamación médica).

Nombre de la compañía aseguradora médica anterior:

Nombre de la compañía aseguradora médica anterior:

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)

/  /

Tipo de cobertura (marque todas las que correspondan)

Empleado/Individuo

Cónyuge

Hijo(s)

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)

/  /

Tipo de cobertura (marque todas las que correspondan)

Empleado/Individuo

Cónyuge

Hijo(s)

Fecha de finalización, si corresponde (MM/DD/AAAA)

/  /

Fecha de finalización, si corresponde (MM/DD/AAAA)

/  /

### Cuenta de ahorros de salud (HSA) Corresponde solamente con la selección de plan de salud de deducible alto

¿Selecciona la Cuenta de Ahorros para la Salud?

Sí  No En caso negativo, complete la sección de exención

#### Sólo para uso administrativo

N.º de grupo

N.º de beneficio

N.º de clase/división

**Si tiene una cobertura médica conforme a otro plan, es posible que no reúna los requisitos para una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, Health Savings Account). Consulte con su asesor fiscal para obtener detalles.**

Consulte la hoja de cálculo de contribuciones HSA de Humana para calcular su contribución máxima permitida. En el sitio Web Humana.com podrá encontrar más información sobre las HSA. Seleccione Quick Link for Spending Account (Enlace Rápido para Cuentas de Gastos) en la página de los afiliados para obtener información.

Los beneficiarios de esta cuenta serán los sucesores del empleado/individuo. Usted puede cambiar la información de los beneficiarios que consta en los archivos del banco que administra la HSA una vez que se haya establecido la cuenta.

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**Cuenta de gastos flexibles (FSA)**

¿Elige la cuenta de salud flexible?

Yes  No En caso negativo, complete la sección de exención

Monto anual elegido:

\$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ .00

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de finalización (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Sólo para uso administrativo**

N.º de grupo

N.º de beneficio

N.º de clase/división

FSA HC

\_\_\_\_

\_\_\_\_

\_\_\_\_

¿Elige la cuenta de cuidado de dependientes flexible?

Yes  No En caso negativo, complete la sección de exención

Monto anual elegido:

\$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ .00

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de finalización (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Sólo para uso administrativo**

N.º de grupo

N.º de beneficio

N.º de clase/división

FSA DC

\_\_\_\_

\_\_\_\_

\_\_\_\_

**Seguro dental**

**Sólo para uso administrativo**

N.º de grupo

\_\_\_\_

N.º de beneficio

\_\_\_\_

N.º de clase/división

\_\_\_\_

Tipo de cobertura

Empleado/Individuo únicamente

Empleado/Individuo y cónyuge

Empleado/Individuo e hijo(s)

Familia

Otro

Nombre del plan

\_\_\_\_\_

• Durante los últimos 12 meses, ¿usted o alguna persona de la familia cubierta ha tenido alguna cobertura dental o de ortodoncia, como una cobertura dental del cónyuge?  Sí  No En caso afirmativo, enumérelas: (Se debe completar esta sección para que Humana pueda procesar cualquier reclamación dental).

Nombre de la aseguradora dental actual:

\_\_\_\_\_

¿Cobertura de ortodoncia?

Sí  No

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de finalización, si corresponde (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura (marque todas las que correspondan)

Empleado/Individuo  Cónyuge  Hijo(s)

Nombre de la aseguradora dental anterior:

\_\_\_\_\_

¿Cobertura de ortodoncia?

Sí  No

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de finalización, si corresponde (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura (marque todas las que correspondan)

Empleado/Individuo únicamente

Empleado/Individuo y cónyuge

Empleado/Individuo e hijo(s)

Familia

Solo HMO/POS:

Nombre del dentista de atención primaria del empleado

\_\_\_\_\_

Número de ID del dentista

\_\_\_\_\_

¿Es actualmente su paciente?

Sí  No

**1**

DHMO:

Nombre del dentista de atención primaria del empleado

\_\_\_\_\_

Número de ID del dentista

\_\_\_\_\_

¿Es actualmente su paciente?

Sí  No

**2**

DHMO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sí  No

**3**

DHMO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sí  No

**Vida básico/Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)**

**Sólo para uso administrativo**

N.º de grupo

\_\_\_\_

N.º de beneficio

\_\_\_\_

N.º de clase/división

\_\_\_\_

¿Elige la cobertura del seguro de vida básico del empleado/individuo?  Sí  No En caso negativo, complete la sección de exención

Clase (el empleador/grupo le suministrará esta información si es necesario)

\_\_\_\_\_

¿Elige el seguro de vida básico del dependiente?  Sí  No En caso negativo, complete la sección de exención



Apellido:

Nombre:

**Beneficios voluntarios en el lugar de trabajo: Disponibilidad de anexos opcionales en base a la elección del empleador/grupo.**

**Accidente**

<b>Sólo para uso administrativo</b>	N.º de grupo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N.º de beneficio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N.º de clase	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N.º de div.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Accidente  No  Sí

**Nivel de beneficios:**  1  2  3  4

**Tipo de cobertura:**  Empleado/Individuo únicamente  Empleado/Individuo y cónyuge  Empleado/Individuo e hijo(s)  Familia

- Anexo sobre beneficios de la Unidad de Cuidados Intensivos en hospital  \$150  \$300  \$450  \$600
- Anexo opcional sobre beneficios por fractura y dislocación  \$750  \$1,500
- Anexo sobre beneficios opcionales por discapacidad total y accidente: Período de eliminación  1 día  7 días  14 días  30 días
- Beneficio de eliminación  \$400  \$500  \$600  \$700  \$800
- \$900  \$1000

**Accidente - 2012**

<b>Sólo para uso administrativo</b>	N.º de grupo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N.º de beneficio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N.º de clase	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N.º de div.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Accidente  No  Sí

**Nivel de beneficios:**  1  2  3  4

**Tipo de cobertura:**  Empleado/Individuo únicamente  Empleado/Individuo y cónyuge  Empleado/Individuo e hijo(s)  Familia

**Seguro de ingreso adicional por incapacidad**

<b>Sólo para uso administrativo</b>	N.º de grupo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N.º de beneficio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N.º de clase	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N.º de div.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ingresos por discapacidad con cobertura por accidente y enfermedad  No  Sí

**Período de beneficio básico:**  3 meses  6 meses  1 año  2 años  3 años

**Período de eliminación básico:**  0/7  7/7  0/14  14/14  30/30  60/60

90/90  180/180  365/365

Ingreso por discapacidad con cobertura por accidente y enfermedad con exención del período de eliminación  No  Sí

Beneficio mensual \$  ,  .00

**Período de beneficio básico:**  3 meses  6 meses  1 año  2 años  3 años

**Período de eliminación básico:**  0/7  7/7  0/14  14/14

**Beneficios opcionales de ingresos por discapacidad:**  Beneficio de unidad de cuidados intensivos/unidad de atención coronaria

\$200  \$400  \$600  \$800

Beneficio mensual de COBRA

Beneficio de terapia física \$  ,  .00

Anexo de COBRA

**Seguro de ingresos por discapacidad**

<b>Sólo para uso administrativo</b>	N.º de grupo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N.º de beneficio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N.º de clase	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N.º de div.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Seguro de ingresos por discapacidad  No  Sí

**Período de beneficio básico:**  3 meses  6 meses  1 año  2 años  3 años

Beneficio mensual \$  ,  .00

**Período de eliminación básico:**  0/7  7/7  0/14  14/14  30/30

60/60  90/90  180/180  365/365

Beneficio mensual de COBRA

Anexos opcionales:  Hospitalización  Anexo de COBRA \$  ,  .00

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**Vida entera/Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)**

<b>Sólo para uso administrativo</b>	N.º de grupo	_____	N.º de beneficio	_____	N.º de clase	_____	N.º de div.	_____
-------------------------------------	--------------	-------	------------------	-------	--------------	-------	-------------	-------

- Vida entera/Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)  No  Sí  Vida entera 99  Vida entera 65 Beneficio del empleado/individuo
- Anexo de seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D)  Opción de préstamo automático de prima \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ .00
- Anexo de aumento automático de beneficios  Anexo de seguro de vida temporal del empleado hasta los 65  Anexo de seguro de vida temporal para la familia
- \$1/semana  \$2/semana  Beneficio del empleado/individuo \$ \_\_\_\_\_ Beneficio del cónyuge \$ \_\_\_\_\_
- Beneficio del(los) hijo(s) \_\_\_\_\_

**Vida entera del cónyuge/Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)**

<b>Sólo para uso administrativo</b>	N.º de grupo	_____	N.º de beneficio	_____	N.º de clase	_____	N.º de div.	_____
-------------------------------------	--------------	-------	------------------	-------	--------------	-------	-------------	-------

- ¿Tiene alguna póliza de seguro de vida o contrato de anualidades vigente?  No  Sí
- ¿Alguna de las pólizas que solicita reemplazará cualquier cobertura vigente actualmente?  No  Sí

Nombre de la empresa aseguradora del seguro de vida anterior	N.º de póliza	<b>Tipo cobertura anterior:</b> <input type="radio"/> Empleado/Individuo únicamente <input type="radio"/> Empleado/Individuo y cónyuge <input type="radio"/> Empleado/Individuo e hijo(s) <input type="radio"/> Familia
	Fecha de entrada en vigor __/__/____	
Teléfono de la aseguradora anterior ( )	Fecha de finalización __/__/____	

- Vida entera del cónyuge/Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)  No  Sí Beneficio del cónyuge
- Vida entera 99  Vida entera 65 \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ .00
- Anexo de AD&D  Opción de préstamo automático de prima
- Anexo de seguro de vida temporal para la familia (cobertura de hijo únicamente) Monto del beneficio \$ \_\_\_\_\_

**Seguro de vida entera del(de los) hijo(s)/Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)**

<b>Sólo para uso administrativo</b>	N.º de grupo	_____	N.º de beneficio	_____	N.º de clase	_____	N.º de div.	_____
-------------------------------------	--------------	-------	------------------	-------	--------------	-------	-------------	-------

- Seguro de vida entera del(los) hijo(s)/Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)  No  Sí
- Los niños que se establecen aquí también deben incluirse como dependientes en la sección Información de inscripción de esta solicitud.
- No  Sí **Cobertura del hijo 1** Nombre del hijo 1 \_\_\_\_\_ Beneficio del hijo 1 \$ \_\_\_\_\_
- No  Sí **Cobertura del hijo 2** Nombre del hijo 2 \_\_\_\_\_ Beneficio del hijo 2 \$ \_\_\_\_\_
- No  Sí **Cobertura del hijo 3** Nombre del hijo 3 \_\_\_\_\_ Beneficio del hijo 3 \$ \_\_\_\_\_

**Seguro de vida temporal**

<b>Sólo para uso administrativo</b>	N.º de grupo	_____	N.º de beneficio	_____	N.º de clase	_____	N.º de div.	_____
-------------------------------------	--------------	-------	------------------	-------	--------------	-------	-------------	-------

- Seguro de vida temporal  No  Sí **Tipo de cobertura:**  Empleado/Individuo únicamente  Cónyuge  Hijo(s)  Sin cobertura
- Plan básico:**  Plazo de 10 años  Plazo de 20 años
- Beneficio optativo:**  Aumento automático de beneficios

Beneficio del empleado/individuo \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ .00

Beneficio del cónyuge \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ .00

Beneficio del(de los) hijo(s) \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ .00

**Si su empleador o grupo seleccionó el anexo de enfermedad grave, a su leal saber y entender, ¿alguna persona de esta solicitud tiene padres o hermanos con antecedentes de ataque cardíaco, enfermedad cardíaca o diagnóstico de cáncer antes de los 60?**

- No  Sí En caso afirmativo, indique si esto se aplica a usted (empleado/individuo), su cónyuge o un dependiente.
- Usted (Empleado/Individuo)  Cónyuge  Dependiente Nombre \_\_\_\_\_

**Gastos por enfermedad grave**

<b>Sólo para uso administrativo</b>	N.º de grupo	_____	N.º de beneficio	_____	N.º de clase	_____	N.º de div.	_____
-------------------------------------	--------------	-------	------------------	-------	--------------	-------	-------------	-------

- Enfermedad grave  No  Sí **Tipo de cobertura:**  Empleado/Individuo únicamente  Empleado/Individuo y cónyuge
- Enfermedad grave y cáncer  No  Sí  Empleado/Individuo e hijo(s)  Familia
- Beneficios optativos:**  Aumento automático de beneficios  Pruebas de detección Beneficio del empleado/individuo
- Reembolso de la prima \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ .00

**¿Alguna persona de esta solicitud tiene padres o hermanos con antecedentes de ataque cardíaco, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular o cáncer antes de los 60 años?**  No  Sí

- En caso afirmativo, indique si esto se aplica a usted (Empleado/Individuo), su cónyuge o un dependiente.
- Usted (Empleado/Individuo)  Cónyuge  Dependiente Nombre \_\_\_\_\_





Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**Constancia del estado de salud: no la entregue más de 90 días antes de la fecha de entrada en vigor.**

Complete esta sección si selecciona beneficios (excluye beneficios de ingresos por discapacidad grupal, cáncer grupal y accidente) voluntarios en el lugar de trabajo.

<p><b>1a.</b> En los últimos 12 meses, ¿algún solicitante usó un producto derivado del tabaco? En caso afirmativo, indique si se aplica a:</p> <p><input type="radio"/> Usted (empleado)      <input type="radio"/> Dependiente 1</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p><input type="radio"/> Dependiente 2</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p><input type="radio"/> Dependiente 3</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p><input type="radio"/> Dependiente 4</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p>	<p><input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí</p>
<p><b>1b.</b> ¿Alguno de los solicitantes fuma actualmente? En caso afirmativo, indique si se aplica a:</p> <p><input type="radio"/> Usted (empleado)      <input type="radio"/> Dependiente 1</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p><input type="radio"/> Dependiente 2</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p><input type="radio"/> Dependiente 3</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p><input type="radio"/> Dependiente 4</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p>	<p><input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí</p>
<p><b>2.</b> En los últimos 12 meses, ¿perdió 5 días consecutivos o más de trabajo a causa de una lesión o enfermedad que no sea un resfrío, gripe, problemas de espalda, un esguince/distensión/fractura de alguna extremidad o como consecuencia de un embarazo?</p>	<p><input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí</p>
<p><b>3.</b> ¿Alguna de las personas de esta solicitud obtuvo un resultado positivo en una prueba de infección del VIH o se le diagnosticó complejo relacionado con el SIDA o SIDA a causa de la infección por VIH u otra enfermedad o afección derivada de dicha infección?</p>	<p><input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí</p>
<p><b>4.</b> En los últimos 5 años, ¿a alguna persona de esta solicitud un proveedor médico con licencia le ha diagnosticado enfermedades o afecciones, o ha recibido asesoramiento, orientación o tratamiento por parte de un médico o proveedor médico con licencia, incluso una operación, relacionadas con cualquiera de las siguientes?:</p>	

<b>a.</b>	¿Arteriopatía coronaria, dolor de pecho, operación cardíaca, una enfermedad de las arterias o afecciones de la sangre; anemia, hemofilia, flebitis, presión arterial alta (lectura superior a 140/90)?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
<b>b.</b>	¿Enfermedades nerviosas, mentales o emocionales; convulsiones; epilepsia; pérdida del conocimiento, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson; parálisis cerebral?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
<b>c.</b>	¿Accidente cerebrovascular/ataque isquémico transitorio?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
<b>d.</b>	¿Enfisema; asma u otra enfermedad pulmonar o de los órganos respiratorios?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
<b>e.</b>	¿Enfermedad renal terminal; enfermedad de los riñones?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
<b>f.</b>	¿Cáncer y/o tumores cancerosos; incluso cáncer de piel?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí

<b>g.</b>	¿Diabetes; enfermedad del hígado o del tiroides; hepatitis; cirrosis o agrandamiento de los ganglios linfáticos?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
<b>h.</b>	¿Artritis reumatoide, afecciones de la espalda o afecciones de las articulaciones?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
<b>i.</b>	¿Parálisis, o alguna otra discapacidad o deformidad física?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
<b>j.</b>	¿Síndrome de fatiga crónica/fibromialgia?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
<b>k.</b>	¿Enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta? ¿Enfermedad o trastorno que provocó o podría causar pérdida de la visión, audición o el habla en forma progresiva o permanente?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
<b>l.</b>	¿Alcoholismo o drogadicción?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí

<p><b>5.</b> ¿A alguna de las personas de esta solicitud un proveedor médico con licencia le recomendó realizarse alguna prueba de diagnóstico, hospitalizarse o someterse a alguna cirugía que no se llevó a cabo en los últimos 5 años?</p>	<p><input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí</p>
---	--

Apellido:

Nombre:

**Constancia de Estado de Salud** (continuación)

Apellido del empleado

Grid for employee last name

Nombre

Grid for employee name

Inicial del segundo nombre

Grid for employee second name initial

Estatura (pies/pulg.)

Grid for employee height

Peso (lbs.)

Grid for employee weight

Apellido del dependiente 1

Grid for dependent 1 last name

Nombre

Grid for dependent 1 name

Inicial del segundo nombre

Grid for dependent 1 second name initial

Estatura (pies/pulg.)

Grid for dependent 1 height

Peso (lbs.)

Grid for dependent 1 weight

Apellido del dependiente 2

Grid for dependent 2 last name

Nombre

Grid for dependent 2 name

Inicial del segundo nombre

Grid for dependent 2 second name initial

Estatura (pies/pulg.)

Grid for dependent 2 height

Peso (lbs.)

Grid for dependent 2 weight

Apellido del dependiente 3

Grid for dependent 3 last name

Nombre

Grid for dependent 3 name

Inicial del segundo nombre

Grid for dependent 3 second name initial

Estatura (pies/pulg.)

Grid for dependent 3 height

Peso (lbs.)

Grid for dependent 3 weight

Apellido del dependiente 4

Grid for dependent 4 last name

Nombre

Grid for dependent 4 name

Inicial del segundo nombre

Grid for dependent 4 second name initial

Estatura (pies/pulg.)

Grid for dependent 4 height

Peso (lbs.)

Grid for dependent 4 weight

Con exclusión de VIH, SIDA, CRS, si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione detalles a continuación y especifique el número de la pregunta. Adjunte hojas adicionales firmadas y fechadas (repetición de pedido FL-51340-MH) si fuera necesario.

Table with columns: Pregunta n.º, Apellido de la persona tratada, Nombre, Afección, Tratamientos recibidos, Medicamentos, Tratamientos o medicamentos programados, Fecha de diagnóstico (MM/DD/AAAA), Fecha en la que vio a un médico por última vez (MM/DD/AAAA)

**Exención (rechazo de cobertura)**

Por la presente, renuncio a la cobertura por (marque todo lo que corresponda):

- Seguro médico para:  Mí  Mi cónyuge  Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
Seguro dental para:  Mí  Mi cónyuge  Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
Seguro de vida básico para:  Mí  Mi cónyuge  Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
Seguro de vida voluntario para:  Mí  Mi cónyuge  Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
Seguro de la vista para:  Mí  Mi cónyuge  Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
Seguro de vida temporal grupal para:  Mí
Seguro por discapacidad a corto plazo para:  Mí
Seguro por discapacidad a largo plazo para:  Mí
Cuenta de Ahorros para la Salud para:  Mí
Cuenta de salud flexible para:  Mí
Cuenta de cuidado de dependientes flexible para:  Mí

**Renuncio a la cobertura de los Beneficios voluntarios en el lugar de trabajo:**

- Seguro de vida entera para:  Mí  Mi cónyuge  Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
Seguro de vida temporal para:  Mí  Mi cónyuge  Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
Gastos por enfermedad grave para:  Mí  Mi cónyuge  Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
Suma global grupal en caso de cáncer para:  Mí  Mi cónyuge  Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
Gastos por cáncer para:  Mí  Mi cónyuge  Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
Seguro de salud complementario para:  Mí  Mi cónyuge  Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
Accidente para:  Mí  Mi cónyuge  Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
Seguro de ingreso adicional por discapacidad para:  Mí
Seguro de ingresos por discapacidad para:  Mí

Rehúso a solicitar la cobertura grupal debido a:

- Cobertura de mi cónyuge
 Complemento de Medicare
 Cobertura individual
 Cobertura según el plan de otra empresa aseguradora, proporcionado por mi empleador/grupo
 Otro:

## Acuse de recibo veraz y completo

Entiendo, acepto y manifiesto que:

- He leído el Formulario de inscripción y solicitud del empleado/individuo de seguro grupal grande, o me lo han leído, y las respuestas brindadas son correctas y están completas a mi leal saber y entender.
- Ni mi empleador/grupo ni el agente pueden evadir ninguna pregunta, determinar la cobertura o asegurabilidad, modificar ningún contrato ni omitir ninguno de los demás derechos y requisitos de Humana.
- Si se acepta la cobertura del Formulario de inscripción y solicitud del empleado/individuo de seguro grupal grande, la cobertura entrará en vigor en la fecha especificada en la póliza o el certificado de seguro de Humana.
- Si llego a tener un dependiente nuevo como resultado de un evento determinante, en el futuro puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes, siempre que solicite la inscripción en un lapso de 31 días posteriores a dicho evento determinante.
- Si yo o alguno de mis dependientes reunimos los requisitos para recibir subsidios de la prima o tasa con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP), en el futuro puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes, siempre que solicite la inscripción en un lapso de 60 días posteriores a dicho evento determinante. Entiendo que la elegibilidad para la afiliación no aplica a un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP).
- En caso de que decida solicitar dicha cobertura más adelante, el Formulario de inscripción y solicitud del empleado/individuo de seguro grupal grande estará sujeto a los términos y condiciones pertinentes del contrato(s) de grupo maestro, de las disposiciones de la póliza o de las disposiciones del certificado, lo cual puede exigir limitaciones y períodos de espera adicionales.
- Si rechazo la cobertura para mí o mis dependientes (incluido mi cónyuge) porque tengo otra cobertura, en el futuro puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de mi otra cobertura.
- Si rechazo la cobertura para mí o mis dependientes (incluido mi cónyuge) porque tengo otra cobertura con Medicaid o el CHIP, en el futuro puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes, siempre que solicite la inscripción en los 60 días posteriores a la finalización de mi otra cobertura con estos programas. Entiendo que la elegibilidad para la inscripción no aplica a un HDHP.
- Si para esta cobertura se requiere alguna deducción, autorizo a realizar dichas deducciones de mis ingresos. Si se selecciona una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA), autorizo a Humana o a sus socios bancarios a proporcionar mi número de cuenta a mi empleador/grupo a fin de depositar cualquier contribución.
- Si solicito cobertura para mis dependientes (incluido mi cónyuge), certifico mediante mi firma de abajo, que he recopilado la información de salud necesaria de mis dependientes con el objetivo de completar plena y fielmente el Formulario de inscripción y solicitud del empleado/individuo de seguro grupal grande.
- Si he seleccionado beneficios voluntarios del lugar de trabajo y si la cobertura no se emite tal como se solicitó en un primer momento, autorizo a Humana a disminuir o aumentar la cantidad de la prima o tasa establecida en el Formulario de inscripción y solicitud del empleado/individuo de seguro grupal grande para que cubra los beneficios que realmente se emiten.
- Un hecho de fraude o declaración falsa intencional de un hecho esencial puede anular o finalizar la cobertura individual o de grupo, tal como se establece en los términos de la póliza o el certificado. Brindar información incompleta, inexacta o inoportuna puede anular, reducir o aumentar la prima pasada, o poner término a la cobertura de una persona o a la cobertura grupal.
- No se garantizan las tasas o primas cotizadas ni la fecha de entrada en vigor solicitada. La tasa o prima definitiva y la fecha de entrada en vigor se determinarán tras la revisión y aprobación de suscripción del Formulario de inscripción y solicitud del empleado/individuo de seguro grupal grande por parte de Humana.
- Cualquier persona que voluntaria y conscientemente presenta el Formulario de inscripción y solicitud del empleado/individuo de seguro grupal grande con información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de fraude al seguro.

Si usted decide no firmar este contrato, nosotros rechazaremos su inscripción en un producto de seguro o darle beneficios de seguro.

## Autorización

Mis dependientes y yo entendemos y aceptamos que:

- La información obtenida por el uso de esta autorización puede ser utilizada por Humana para hacer determinaciones de reclamaciones, determinar si reúne los requisitos para cobertura o para beneficios según una política y administración de planes existentes.
- Humana no divulgará la información obtenida a ninguna persona ni organización, excepto a las compañías reaseguradoras, al Medical Information Bureau, Inc. o a otras personas u organizaciones que realicen operaciones de atención médica o brinden servicios comerciales o legales relacionados con este Formulario de inscripción y solicitud del empleado/individuo de seguro grupal grande, con una reclamación o si se requiere por ley o si así lo autorizo o lo autorizamos más adelante.

### Autorización para divulgar información médica para seguro de vida o discapacidad

Si mis dependientes o yo seleccionamos seguro de vida o por discapacidad, autorizamos a que un tercero acceda a información relacionada con mi persona. Esto incluye obtener cualquier tipo de información médica y no médica, y compartir dicha información en todo o en parte con Humana, su reaseguradora o representantes legales, y sus compañías afiliadas. Una vez que se haya divulgado información personal y de la salud (que incluye información médica, dental y farmacéutica) de conformidad con esta autorización, el destinatario puede divulgarla de nuevo y la información posiblemente ya no esté protegida por los requisitos de privacidad federales y estatales. Esta autorización es válida por 24 meses y puede revocarse en cualquier momento. La firma es cierta y exacta.

**El Formulario de inscripción y solicitud del empleado/individuo de seguro grupal grande, junto con cualquier formulario complementario, formarán parte de cualquier contrato y serán la base de cualquier póliza o certificado.**

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**Firma: Firme abajo si se inscribe o si renuncia a cualquier cobertura grupal**

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de herir, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente una reclamación o una solicitud que contenga información errónea, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

Firma del empleado/individuo o representante legal

\_\_\_\_\_

Fecha   /   /

Nombre y parentesco del representante legal: \_\_\_\_\_  
(si es un dependiente con cobertura)

**Información del agente/productor**

Si solicita beneficios voluntarios del lugar de trabajo, el agente o productor completará esta sección.

**1. Agente/Agencia de registro:**

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

N.º de agente de Humana \_\_\_\_\_

N.º de licencia de Florida \_\_\_\_\_

División de comisión: \_\_\_\_\_

**2. Agente/Agencia de registro:**

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

N.º de agente de Humana \_\_\_\_\_

N.º de licencia de Florida \_\_\_\_\_

División de comisión: \_\_\_\_\_

**1. Agente de suscripción/Productor:**

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

N.º de agente de Humana \_\_\_\_\_

N.º de licencia de Florida \_\_\_\_\_

División de comisión: \_\_\_\_\_

**2. Agente de suscripción/Productor:**

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

N.º de agente de Humana \_\_\_\_\_

N.º de licencia de Florida \_\_\_\_\_

División de comisión: \_\_\_\_\_

**Pregunta de reemplazo del agente:**

¿La cobertura seleccionada reemplazará o cambiará cualquier póliza de seguro de vida o por discapacidad existente y y/o pensiones vitalicias?

No  Sí

En calidad de agente de suscripción/productor, ratifico que soy responsable de reunirme con el solicitante principal que presenta el Formulario de inscripción y solicitud del empleado/individuo de seguro grupal grande, a fin de exponer en forma completa y precisa los términos y condiciones de los beneficios y los servicios de la entidad aseguradora o que ofrece el seguro, o una de sus subsidiarias. Estas disposiciones están disponibles para mí y el solicitante principal en el documento resumido de los beneficios o en otros documentos del plan.

Firmado en \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Firma del agente de suscripción \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_