

SECCIÓN IV: SELECCIÓN DE COBERTURA (sujeto a las opciones del plan seleccionadas por su empleador)**Seguro Médico** Empleado Sólo Empleado y Cónyuge Empleado e hijo(s) Empleado y familia**SECCIÓN V: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (por favor rellene esta sección para cada persona involucrada)**

Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Estudiante a tiempo completo*	Altura	Peso	Número de Seguro Social
Cónyuge:	M / F	/ /	Sí / No			/ /
Hijo/a:	M / F	/ /	Sí / No			/ /
Hijo/a:	M / F	/ /	Sí / No			/ /
Hijo/a:	M / F	/ /	Sí / No			/ /
Hijo/a:	M / F	/ /	Sí / No			/ /

*Estudiantes a tiempo completo de 19 - 23 años de edad están requeridos hacer 12 créditos por semestre. Se requiere certificación de un universidad acredita.

1. ¿Algún miembro de la familia cubierto en el Plan vive en otro domicilio? Sí No

Si conteste que sí, por favor provea documentación legal, nombre y dirección: _____

2. Enumere los miembros de la familia cubiertos por Medicaid y la respectiva fecha de vigencia: _____

3. Enumere los miembros de la familia cubiertos por Medicare y la respectiva fecha de vigencia: _____

4. Si está cubierto por Medicare, ¿está cubierto por: Sección A? Sí No Sección B? Sí No

5. Enumere los miembros de la familia discapacitados y cubiertos por el Plan: _____

6. ¿Algún miembro de la familia desea conservar otra cobertura médica además de la que brinda este Plan? Sí No

Si conteste que sí, nombre a estos miembros de la familia: _____

7. Provea el nombre del seguro y la póliza de seguros: _____

SECCIÓN VI: INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA/DENTAL PREVIO**¡IMPORTANTE!** PUEDE SER ELEGIBLE PARA CRÉDITO POR LIMITACIÓN DE PREEXISTENCIA. LA FALTA DE PROVEER LA INFORMACIÓN SIGUIENTE PUEDE RESULTAR EN REDUCCIÓN O RETRASO EN EL PAGO DE BENEFICIOS.1. Usted y/o algún dependiente que solicita la cobertura, ¿han sido cubiertos por el Plan médico de este empleador? Sí NoSi conteste que sí: más que 12 meses consecutivos menos que 12 meses consecutivos. Indique la fecha de vigencia ____ / ____ / ____2. Usted y/o algún dependiente que solicita la cobertura, ¿han sido cubiertos por algún Plan médico distinto del Plan que ofrece este empleador? Sí No

Si conteste que sí, por favor adjunte certificado(s) de cobertura atribuible.

Tipo de Plan: Plan de empleador de cónyuge Plan previo de este empleador Póliza individual Otro: _____

Nombre de Compañía de Seguro: _____ Fecha de vigencia: ____ / ____ / ____

Razón por terminación: _____ Fecha de terminación: ____ / ____ / ____

SECCIÓN VII: INFORMACIÓN MÉDICA (provea detalles para cualquier pregunta que conteste que sí)**Preguntas 1 y 2 deben ser contestadas para empleado, cónyuge, y dependientes solicitando cobertura.**

1. ¿Ha sido Usted o cualquier de sus dependientes diagnosticado o tratado por alguno de los siguientes a cualquier tiempo dentro de los últimos 5 años?

a. ¿Trastorno arterial o circulatorio?

 Sí Nob. ¿Insuficiencia cardíaca? Mild Moderate Severe Sí No

