



Health Net®

# INSCRIPCIÓN

Elija un plan médico

- HMO  
  OPTIONS (PPO)  
  FLEX NET  
 SELECT (POS)  
  ELECT (POS)



**Instrucciones:** Sírvase llenar completamente el formulario de inscripción. Información incompleta o incorrecta puede resultar en una demora o en la negación del pago de sus reclamos. Use su copia como identificación provisional hasta que reciba su confirmación.

Información de la Compañía:	Nombre de la Compañía		No. del Grupo	Fecha de Vigencia
Información del Empleado:	No. de Seguro Social	Su Título/Puesto	Typo Empleo <input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Por salario	Teléfono en el Trabajo (   )
	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		¿Tiene usted algún dependiente además de su esposo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   ¿Cuántos? _____	Teléfono Residencial (   )

**Sírvase indicar todos los miembros elegibles para inscribirse.** Los miembros deben residir dentro del área geográfica de servicio establecido por Health Net. Los dependientes de 19 a 23 años requieren verificación de estado de estudiante tiempo completo o incapacidad permanente dentro de 31 días de inscribirse. Si alguno de sus dependientes elegibles no va a inscribirse, complete la sección marcada "Rechazo de Cobertura."

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS					Selección del Grupo Médico / Médico de Cuidados Primarios*			
<b>USTED</b>	Apellido	Nombre	Inic.	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PMG / IPA#	Nombre del Grupo Médico	Medicare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Domicilio (no se acepta P.O. Box)		Ciudad	Estado	Código Postal	Nombre del Médico Primario (Apellido, Nombre)		
<b>CÓNJUGE</b>	Apellido	Nombre	Inic.	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PMG / IPA#	Nombre del Grupo Médico	Medicare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	No. de Seguro Social	Domicilio/Teléfono (Si diferente)		Fecha de Matrimonio / /	Nombre del Médico Primario (Apellido, Nombre)			
<b>DEPENDIENTE</b>	Apellido	Nombre	Inic.	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PMG / IPA#	Nombre del Grupo Médico	Medicare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	No. de Seguro Social	Domicilio/Teléfono (Si diferente)		¿Estudiante tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Médico Primario (Apellido, Nombre)			
<b>DEPENDIENTE</b>	Apellido	Nombre	Inic.	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PMG / IPA#	Nombre del Grupo Médico	Medicare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	No. de Seguro Social	Domicilio/Teléfono (Si diferente)		¿Estudiante tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Médico Primario (Apellido, Nombre)			
<b>DEPENDIENTE</b>	Apellido	Nombre	Inic.	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PMG / IPA#	Nombre del Grupo Médico	Medicare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	No. de Seguro Social	Domicilio/Teléfono (Si diferente)		¿Estudiante tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Médico Primario (Apellido, Nombre)			

\* **Debe indicar el Grupo Médico y Médico de Cuidados Primarios.** Revise el la Guía de Proveedores Health Net y seleccione un grupo médico para cada miembro de su familia. Si el grupo médico que elijió tiene una "X" después del número (p. ej., IPA 135X), no olvide indicar un Médico de Cuidados Primarios para usted y para cada miembro de su familia.

**SEGURO DE VIDA** Favor indicar el beneficiario(s) de su seguro de vida.

Beneficiario de vida (Nombre completo)	Relación	%
Beneficiario de vida (Nombre completo)	Relación	%

**INFORMACIÓN DE INCAPACITADO** Complete esta sección si usted y/o cualquier miembro elegible están incapacitados.

Nombre de miembro incapacitado	Condición de incapacitado	Fecha de condición comenzó
Nombre de miembro incapacitado	Condición de incapacitado	Fecha de condición comenzó

**OTROS SEGUROS MÉDICOS** Sírvase llenar esta sección si usted y/o cualquier miembro elegible de su familia están cubiertos por otro seguro médico.

Nombre del Miembro	Compañía de Seguros Previa	No. de Póliza	Fecha Vigente de la Poliza	Nombre del Empleador
Nombre del Miembro	Compañía de Seguros Previa	No. de Póliza	Fecha Vigente de la Poliza	Nombre del Empleador

**RECHAZO DE COBERTURA** Completa esta sección **únicamente** si alguno de sus dependientes elegibles no va subscribirse.Yo rechazo la cobertura de: (*marque si la rechaza*)  Esposo(a) y/o  Niño(s)

**Razón por la que Rechaza:**  Cubierto(a) por el seguro de mi esposa(o)  Cubierto(a) por otro Plan de Grupo  
 Otra (explique) \_\_\_\_\_

Yo certifico que la cobertura disponible me ha sido explicada por mi empleador, y sé que tengo el derecho de solicitar esa cobertura. Yo he tenido la oportunidad de solicitar esa cobertura y he decidido no subscribir a mis dependientes. He tomado esta decisión voluntariamente, y nadie ha tratado de influenciarme o me ha presionado para que rechace la cobertura. Yo sé que si más tarde decido recibir esta cobertura, y no estuviere cubierto por los beneficios de otro plan de salud durante el período inicial de subscripción, mis dependientes serán considerados como Subscriptores Tardíos y estarán sujetos a un período de espera de 12 meses a partir de la fecha en que decida participar en dicha cobertura. También puedo estar sujeto a una exclusión de seis meses por condiciones preexistentes. Mi decisión de no recibir esta cobertura ahora puede dejarme sin cobertura más adelante.

Firma de Empleado (Firme **únicamente** si rechaza la cobertura para los miembros elegibles de su familia)

Fecha

**Explicación de la autorización para obtener o divulgar información:** Solicitamos de usted esta autorización para obtener o divulgar información médica para cumplir con las condiciones de la Ley de Confidencialidad de Información Médica, vigente desde el 1° de enero de 1980, Sección 56 et. seq. del Código Civil de California. Se agradece su colaboración.

**Autorización para obtener o divulgar información médica:** Por la presente autorizo a mi médico, proveedor de asistencia médica, hospital, clínica u otra instalación médica o paramédica a que proporcionen a un agente, persona designada o representante de Health Net todos o cualquiera de los expedientes relacionados con el historial médico, servicios prestados o tratamientos provistos a cualquier persona inscrita en este formulario, o agregada al mismo, para los fines de revisión, investigación o evaluación de una solicitud o reclamo. Autorizo asimismo a Health Net o a sus agentes, personas designadas o representantes a que divulguen a un hospital o plan de asistencia médica, autoasegurador o compañía de seguros cualquier información médica obtenida, siempre que tal divulgación sea necesaria para permitir el procesamiento de cualquier reclamo. Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y continuará en vigencia durante tanto tiempo como sea necesario para que Health Net pueda procesar los reclamos.

**Acuerdo de arbitraje:** Entiendo que cualquier conflicto o controversia, **excepto los casos de negligencia médica**, que pueda surgir en relación con la ejecución, interpretación o incumplimiento de este contrato entre yo (y/o cualquier miembro afiliado de mi familia) y Health Net o cualquier Grupo Médico Participante/Asociación Médica Independiente, tanto si urge en relación con el contrato, como por agravio o de otra manera, deberá someterse a arbitraje en lugar de un juicio por jurado o tribunal.

Firma del Empleado

X

Fecha