

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EMPLEADOS Y FORMA PARA CAMBIOS DE COBERTURA

NOMBRE DE TU EMPLEADOR /GRUPO: _____

Para ayudarnos a procesar su solicitud puntualmente, por favor recuerde:

- 1** Responda las preguntas sólo con tinta azul o negra. El lápiz no será aceptado. Rellene las casillas [] así --> ■
- 2** Tenga a su disposición la siguiente información para todos los solicitantes: número de seguro social, fecha de nacimiento y dirección
- 3** Para corregir cualquier error, tache la información incorrecta y escriba sus iniciales junto a la información correcta.
- 4** Asegúrese de firmar la solicitud como el solicitante principal. Si su cónyuge o cualquier dependiente (s) de 18 años o más también está aplicando, él/ella también debe firmar la línea de firma apropiada.

Sección A – Información de cobertura

Tipo de solicitud (seleccione uno):

- Nueva cobertura: Fecha de contratación del empleado: _____
- Cambiar la cobertura de la póliza:
Por favor proporcione su número de miembro actual: _____
- Agregar dependiente(s) a la cobertura actual:
Por favor proporcione su número de miembro actual: _____
- Cobertura de COBRA:
Por favor proporcione su número de póliza de grupo actual: _____

Fecha de vigencia solicitada (MM/DD/AAAA): _____

INSCRIPCIÓN ABIERTA

La inscripción abierta es el período anual de tiempo durante el cual usted puede solicitar cobertura médica, cambiar planes o agregar dependientes. El plazo para la inscripción abierta es determinado por el empleador y la fecha de renovación.

Las solicitudes deben recibirse durante la inscripción abierta. Si usted está aplicando fuera de la inscripción abierta, usted debe calificar para un período de inscripción especial (SEP) debido a un evento de vida calificada (QLE), dentro de los últimos 60 días. Usted debe proporcionar documentación aceptable que muestre la prueba y la fecha de su QLE.

EVENTOS DE VIDA PARA CALIFICACIÓN

Por favor, marque el evento QLE que experimentó para desencadenar un SEP (se requerirá documentación):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria de cobertura mínima esencial por cualquier otra razón que no sea el fraude, la tergiversación intencional de un hecho material o la falta de pago de la prima. | <input type="checkbox"/> Matrimonio/ Divorcio |
| <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria del seguro de salud patrocinado por el empleador | <input type="checkbox"/> Adopción o colocación para adopción o nombramiento de tutela |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura para el niño dependiente que ha cumplido los 26 años | <input type="checkbox"/> Nacimiento de un niño dependiente |
| <input type="checkbox"/> Agotamiento de COBRA | <input type="checkbox"/> OTRO (por favor describa): _____ |

Por favor proporcione la fecha del QLE (MM/DD/AAAA): _____

Nota: QLEs requieren documentos de apoyo (p.ej. certificado de matrimonio/Decreto de divorcio, certificado de adopción, carta de cobertura de la pérdida de empleador, etc.). Proporcione los documentos de soporte como anexo a esta solicitud. QLEs listados en este formulario son los eventos de vida de calificación más comunes y no deben ser considerados como una lista completa. Si tiene preguntas con respecto a su QLE, por favor llame al servicio al cliente al (866) 403-2785.

Servicios de interpretación y traducción están disponibles en todos los idiomas. Si usted o un miembro de la familia necesita ayuda en español para entender este documento, puede solicitarlo sin costo adicional llamando al (866) 403 hasta 2785 y seleccionando la opción # 3 en el indicador

Sección B - Información del aplicante principal

Apellido	Nombre	Inicial	Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Vuido
Número de Seguro Social (SSN)	¿No SSN? Marque uno: <input type="checkbox"/> Recién nacido <input type="checkbox"/> Tarjeta de <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte – Liste el numero:		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección de Domicilio				
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	
Dirección de Domicilio				
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	
Dirección Postal (si es diferente a la de arriba)				
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	
Número de Teléfono ()	Número de celular ()	Correo electrónico		
¿Desea recibir todos los documentos de su póliza a través de su dirección de correo electrónico anterior? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En los últimos 6 meses, ¿ha usado tabaco? (4 o más veces por semana en promedio) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Cuál es su idioma escrito preferido? <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ingles		¿Cuál es su idioma de habla preferido? <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ingles		

Sección C - Información del Conyugue que será cubierto

Apellido	Nombre	Inicial	Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número de Seguro Social (SSN)	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	En los últimos 6 meses, ¿ha usado tabaco? (4 o más veces por semana en promedio) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Continuar a la siguiente

Sección D – Dependientes menores que serán Cubiertos (Todos los campos son requeridos. Si es necesario, adjunte una hoja separada.)

La información debe ser completada para todos los niños dependientes adicionales (si los hay) que serán cubiertos bajo esta póliza. Un dependiente elegible puede ser su hijo (s), o el (los) hijo (s) de su cónyuge (hasta el final del mes en el cual ellos cumplen la edad de 26 años). (Enumere todos los dependientes comenzando con el mayor.)

Apellido	Nombre	Inicial	Sexo (circule) M F	Número de Seguro Social	Usa Tabaco (circule) Si No
Relación con el aplicante <input type="checkbox"/> Hijo Biológico <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de Teléfono		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	

Apellido	Nombre	Inicial	Sexo (circule) M F	Número de Seguro Social	Usa Tabaco (circule) Si No
Relación con el aplicante <input type="checkbox"/> Hijo Biológico <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de Teléfono		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	

Apellido	Nombre	Inicial	Sexo (circule) M F	Número de Seguro Social	Usa Tabaco (circule) Si No
Relación con el aplicante <input type="checkbox"/> Hijo Biológico <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de Teléfono		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	

Apellido	Nombre	Inicial	Sexo (circule) M F	Número de Seguro Social	Usa Tabaco (circule) Si No
Relación con el aplicante <input type="checkbox"/> Hijo Biológico <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de Teléfono		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección (Si diferente al aplicante)			Correo Electrónico		

¿Son los solicitantes enumerados en esta solicitud residentes legales de los Estados Unidos y residentes del estado en el que usted está solicitando cobertura?
Si No

¿Son todos los solicitantes enumerados en esta solicitud ciudadanos de los Estados Unidos, nacionales o legalmente presentes no-ciudadanos?
Si No

Sección E – Seleccionar Cobertura

Nombre del Plan y opciones de deducible/coaseguro

¿A qué plan se está inscribiendo? (Pregunte a sus Recursos Humanos si no sabe sus opciones)

Por favor proporcione el nombre del PLAN y ID: (ejemplo: SimpleCare 50008)

Cobertura Dental- Por favor indique el código del plan dental seleccionado. (si alguno):

Sección F - Otra cobertura de Salud

¿Es usted o alguien que solicita cobertura actualmente elegible para Medicare? Si No
Si es así, ¿quién? _____

¿Está usted o alguien que solicita cobertura actualmente recibiendo la discapacidad del seguro social, Medicare, Medicaid u otros beneficios del programa gubernamental, o que no puede trabajar debido a incapacidad o recibir beneficios de compensación de trabajadores?
Si es así, ¿quién y la razón? _____

¿Usted o alguien que solicita cobertura actualmente tiene cobertura de atención médica Si No
Si es así, por favor proporcione lo siguiente

Nombre (s) de las personas cubiertas (Si es toda la familia, escriba TODOS)	Número de Miembro (s) o el número (s) de Póliza
Nombre y número de teléfono del seguro	
Tipo de Cobertura <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	Fecha de vigencia de la cobertura

¿Cancelará esta cobertura si se aprueba la cobertura de planes de salud de Alliant? Si No

Si es así, ¿Cuál es la fecha prevista de cancelación? _____

Sección G- Términos, condiciones y autorizaciones significativas (términos)

Por favor lea esta sección cuidadosamente antes de firmar la

- Como empleado elegible, estoy solicitando cobertura para mí y todos los dependientes elegibles enumerados y autorizo a mi empleador a deducir cualquier contribución requerida para este seguro de mis ganancias. Todas las declaraciones y respuestas que he dado son verdaderas y completas. Entiendo que es un crimen proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir penas de prisión, multas o denegación de beneficios del seguro. Entiendo que todos los beneficios están sujetos a las condiciones establecidas en el contrato de grupo y el documento de cobertura.

Empleado Elegible

- Un empleado activo del empleador, que trabaja el número de horas por semana para ser elegible para los beneficios definidos por el empleador y aprobados por los planes de salud de Alliant a partir de la fecha de vigencia. El empleo debe ser verificable a partir de los informes fiscales estatales o federales.
- Un empleado, como se define anteriormente, que entra en el empleo después de la fecha de vigencia de la cobertura y que completa el período de espera para la elegibilidad impuesto por el grupo (si existe) y aplica para la cobertura en un plazo de 30 días.
- Cualquier otra clase de personas identificadas por el empleador, siempre que la aprobación por escrito de su elegibilidad se obtenga de la compañía (s); o
- Empleados con derecho a cobertura continua bajo las leyes estatales o federales..

Los empleados elegibles no incluyen contratistas independientes (cuya indemnización se reporta en el Formulario 1099 del IRS) y directores y oficiales del asegurado del grupo si no trabajan el número requerido de horas por semana descrita arriba.

Dependiente Elegible (si es ofrecido por el empleador):

- Cónyuge de un empleado elegible, o hijos menores de 26 años, que incluye un recién nacido, un hijo natural, o un menor colocado por adopción con el empleado elegible, un hijastro o cualquier otro menor para el cual el empleado elegible tiene la tutela legal o la custodia ordenada por la corte. El límite de edad para inscribir a un menor es de 26 años (hasta los 25 años). La cobertura para los menores terminará el último día del mes en que el menor alcance los 26 años.
 - La edad límite de 26 no se aplica para la inscripción inicial o el mantenimiento de la inscripción de un dependiente incapacitado (menor soltero que no puede mantenerse a sí mismo debido al retraso mental, enfermedad mental o incapacidad física, según lo definido por el Departamento de recursos humanos de Georgia) que comenzó antes de que el niño alcance la edad límite. La cobertura se puede obtener para el dependiente que está más allá de la edad límite en la matrícula inicial si el empleado elegible proporciona prueba de incapacidad y dependencia en el momento de la matrícula. (Se le puede pedir al empleado elegible que proporcione la certificación del médico de la condición de dependiente).
 - Dependientes elegibles para cobertura continua bajo las leyes estatales o federales.
 - Al firmar esta solicitud, estoy de acuerdo y doy consentimiento para la grabación y/o seguimiento de cualquier conversación telefónica entre los planes de salud Alliant y yo o mi representante autorizado.
 - I acknowledge and agree that the cell phone number and the contact information that I have provided to Alliant may be used to contact me to pursue any debt collection or to correspond with me regarding my account. I authorize Alliant or its contractors or agents to contact me regarding debt collection or my account by using my cell phone number or other forms of identification provided to Alliant. I hereby acknowledge that Alliant or its contractors or agents may contact me using an auto-dialer.
- Al marcar esta caja, autorizo y expreso consentimiento que los planes de salud de Alliant y sus compañías afiliadas pueden enviar comunicaciones vía email en vez de enviar comunicaciones por el correo, incluyendo, pero no limitado a los avisos legalmente requeridos del plan, la inscripción, la facturación y explicación de las declaraciones de beneficios, a la dirección de correo electrónico que he proporcionado en esta solicitud. Entiendo que puedo revocar esta autorización o solicitar copias de papel en cualquier momento sin costo alguno poniéndose en contacto con el servicio al cliente de Alliant Health Plans al (866) 403-2785.**

Doy esta autorización para y en nombre de cualquier dependiente elegible y yo mismo si están cubiertos por los planes de salud de Alliant. Actúo como su agente y representante.

Por la presente reconozco que los planes de salud de Alliant me han informado de lo siguiente antes de mi inscripción en su plan de cobertura de atención médica:

- número, mezcla y ubicación de los proveedores de atención de salud participantes/red;
- limitaciones de las opciones de participación/red de proveedores de servicios de salud;
- divulgación de la relación contractual entre la participación/proveedor de la red y los planes de salud de Alliant;
- la solicitud será alterada únicamente por el solicitante o con su consentimiento por escrito.

Autorización para el uso de información médica protegida

Al firmar a continuación: autorizo a Alliant Health Plans, o a un agente, subsidiario o afiliado que tenga un acuerdo de asociación comercial con Alliant Health Plans, para obtener cualquier registro médico u otra información de historia de salud concerniente a mí y a cualquier miembro de la familia listados en mi solicitud de cualquier médico, hospitales, farmacias, otros proveedores de atención médica, gerentes de beneficios de farmacia, planes de beneficios de salud, aseguradores de salud, administradores de beneficios médicos o de farmacia, agencias de informes al consumidor, MIB, Inc., anteriormente Medical Information Bureau (MIB), y/u organizaciones de apoyo de seguros.

Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento mediante notificación por escrito a los planes de salud de Alliant, excepto en la medida en que los planes de salud de Alliant ya hayan tomado medidas en dependencia de esta autorización. Si revoco esta autorización después de que solicito inicialmente la cobertura, entiendo que no seré /seremos considerado para la cobertura. Si revoco esta autorización después de que solicito actualizar mi cobertura o agregar un miembro de la familia, entiendo que el cambio no será hecho. Entiendo que, si mi información y/o de mi familia es recibida por individuos u organizaciones que no son proveedores de cuidado de salud, compensación de cuidado de salud o planes de salud regidos por regulaciones federales de privacidad, mi/nuestra información podría ser revelada por cualquiera de los destinatarios y no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad. Una copia de esta autorización está disponible para mí, o para mi representante autorizado, a petición y servirá como la original.

La autorización para el uso de la información de salud protegida (PHI) es válida para el período inicial de la póliza, renovando automáticamente a medida que se renueva la póliza, a menos que el titular de la póliza proporcione una revocación escrita. La falta de renovación de la póliza dará lugar a la revocación de la autorización,

Firme Aquí	Firma del aplicante	Fecha (MM/DD/AAAA)
-------------------	---------------------	--------------------

UTILICE ESTA PÁGINA SÓLO SI ESTÁ DECLINANDO LA COBERTURA

DECLINANDO LA COBERTURA: Al marcar esta casilla, certifico que se me han dado la oportunidad de solicitar los beneficios de grupo disponibles ofrecidos por mi empleador, los beneficios que se me han explicado, y yo y/o mis dependientes (s) declinan participar. Ni yo ni mis dependientes fueron inducidos o presionados por mi empleador o agente a declinar esta cobertura, pero elegí de mi propio acuerdo declinar la cobertura. Entiendo que, si deseo solicitar tal cobertura en el futuro, puedo estar restringido al hacerlo.

Si usted está declinando la cobertura, proporcione por favor una razón por la que esta declinando: _____

Sección H: Información del EMPLEADO DECLINANDO

Apellido	Nombre	Inicial	EE ID o los últimos 4 dígitos de su SSN
Firme Aquí	Firma del aplicante	Fecha (MM/DD/AAAA)	

Derechos de la Inscripción Especial

Si usted rechazó la inscripción para usted o su (s) dependiente (es) (incluyendo un cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de un plan de salud de grupo, usted puede inscribirse y a su dependiente (s) en este plan si usted o su dependiente (s) pierden la elegibilidad para la otra cobertura del seguro de salud o del plan de salud del grupo (o si el empleador detiene la contribución hacia su cobertura o la otra cobertura de su dependiente). Sin embargo, usted debe solicitar la matrícula dentro de los 31 días después de que finalice la cobertura (o después de que el empleador detenga la contribución hacia la otra cobertura). Además, si usted tiene un dependiente como resultado del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para la adopción, usted puede ser capaz de inscribirse usted y su dependiente (s) siempre que usted solicite la inscripción dentro de 31 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación de Adopción. También entiendo que mis dependientes y yo podemos inscribirnos bajo dos circunstancias adicionales:

- La cobertura de Medicaid o del programa de seguro de salud (CHIP) de usted, o de su dependiente se termina como resultado de la pérdida de elegibilidad; O
- Usted o su dependiente se convierten en elegibles para un subsidio (programa estatal de asistencia Premium).

En estos casos, usted puede inscribirse y a sus dependientes siempre que usted solicite la inscripción dentro de 60 días de la pérdida de Medicaid/CHIP o de la determinación de elegibilidad.

Aviso abreviado de prácticas de información de seguros

LEY DE PRIVACIDAD. La ley estatal de Georgia establece normas para la recolección, uso y divulgación de información recolectada en relación con las transacciones de seguros. La aplicación adjunta a este aviso contiene preguntas personales específicas sobre usted y sus dependientes. Necesitamos sus respuestas para decidir si reúne los requisitos para recibir cobertura. Estamos obligados a aconsejarle que la información personal puede ser recolectada de personas que no sean usted u otros individuos propuestos para la cobertura. **Se puede hacer un informe de investigación sobre el consumidor para ayudarnos a obtener datos médicos adicionales de médicos o hospitales.**

TODOS LOS DATOS CONFIDENCIALES. El código oficial de Georgia, Código Sección 33-39-5, inciso (c) (1 a 4) requiere que:

1. La información personal puede ser recolectada de personas que no sean el individuo o individuos propuestos para la cobertura.
2. Dicha información, así como otra información personal o privilegiada recogida posteriormente por la institución o agente de seguros, podrá, en determinadas circunstancias, ser revelada a terceras partes sin autorización;
3. Existe un derecho de acceso y corrección con respecto a toda la información personal recabada; Y
4. La notificación prescrita en la subsección (b) de la sección de código referenciada al solicitante o al tomador de la póliza a petición.

ACCESO A SUS DATOS. Usted tiene el derecho de ver u obtener una fotocopia de su información personal que nosotros tenemos. Usted también tiene el derecho de enviarnos una solicitud por escrito si desea que cualquiera de sus datos personales sea enmendado, corregido o borrado. Si desea una explicación más detallada de nuestras prácticas de información, por favor comuníquese con el servicio al cliente de Alliant Health Plans al (866) 403-2785.



GRACIAS POR APLICAR

Por favor incluya todos los materiales necesarios cuando presente esta

Envíe esta solicitud a:
Alliant Health Plans
PO Box 2088 Dalton, GA 30722

O

Fax a:
(706) 229-4897



Para más información, visítenos en la web: AlliantPlans.com

(866) 403-2785

SimpleCare@AlliantPlans.com