

Número Grupo	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	Producto: _____	PSM _____
		Cubiertas: <input type="checkbox"/> Ley 95 <input type="checkbox"/> Ley 63 <input type="checkbox"/> Ley 117 <input type="checkbox"/> Ley 43 <input type="checkbox"/> Comp. <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> S Vida <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Dental	Edad

Número de División	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Estado Civil	Sexo
		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Coh	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Efectividad	Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Celular:
Mes / Día / Año	- -	Mes / Día / Año	Tel:
			Email:

Vencimiento	Dirección
Mes / Día / Año	Postal:

Agencia o Municipio	Puesto	Pueblo del Trabajo	Clasificación	Asoc. Bonafide (Ley 117/43)
			<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> M	

Estatus:  Regular  Probatorio  Transitorio más de 6 meses  Transitorio menos de 6 meses

¿Tiene usted otro plan médico?  No  Sí Indique cuál:

**Plan Mancomunado: Si aplica, favor de completar información sobre el cónyuge o cohabitante**

Nombre del Cónyuge o Cohabitante:	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Seguro Social
	/ /	- -

Agencia o Municipio	# Grupo	Aportación Patronal	Pueblo de Trabajo:

**Dependientes Directos**

Parentesco	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Seguro social	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Sexo
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Parte A y/o B de Medicare: Si usted, su cónyuge o dependiente directo u opcional tiene medicare favor acompañar evidencia  Sí  No

Usted	Fecha parte A / /	Fecha parte B / /	HIC Number
Cónyuge	Fecha parte A / /	Fecha parte B / /	HIC Number

Cómputo de Prima	Tarifas	He sido orientado de:
Cubierta seleccionada	\$	Cubierta: _____ <input type="checkbox"/> Farmacia; beneficio máximo y coaseguro después del exceso en cubierta. <input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Major Medical <input type="checkbox"/> Transplante de Organos <input type="checkbox"/> Cubierta Dental <input type="checkbox"/> Proceso para solicitar reembolso <input type="checkbox"/> Todas las alternativas a las que tenía derecho
Major Medical	\$	
Visión	\$	
Dental	\$	
Seguro de Vida	\$	
Total:	\$	
Menos Aportación Patronal	\$ -	
Menos Aportación Mancomunado	\$ -	
Aportación del empleado	\$	

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo al Plan de Salud Menonita a obtener o facilitar a mis proveedores o agencias contratadas, la información necesaria para la administración del Plan Médico. Autorizo además, la divulgación de la información médica de ser necesario, según conforme a lo establecido por Ley HIPAA. Entiendo claramente que esta solicitud y los servicios provistos bajo el Plan Médico están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones descritos en la Guía del Suscriptor.

Certifico estar de acuerdo con toda la información incluida en esta solicitud. \*Ver al dorso

_____ Firma del Suscriptor	_____ / _____ / _____ Fecha (Mes/Día/Año)
-------------------------------	---

Nombre y firma del representante autorizado: Daily Health Insurance Group # 49

## Instrucciones

- 1) Lea el folleto que aplique a la cubierta. Todas las secciones sombreadas en color gris son para el uso exclusivo del Plan.
  - 2) Escriba la información provista sobre la cubierta contratada con bolígrafo en letra de molde (no use lápiz). Escriba de manera legible. 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 un **ingreso nuevo** o **renovación**. De ser **mancomunado**, marcar el encasillado con una **x** y a su vez marcar si es **ingreso nuevo** o **renovación**.
  - 4) **Nombre del Suscriptor Principal y Número de Seguro Social:** El suscriptor principal debe escribir su **nombre y número de seguro social tal y como aparece en su cheque de nómina**. Escriba **toda** la información personal solicitada.
  - 5) **Patrono:** Escriba la información sobre la agencia o municipio donde usted trabaja, fecha de empleo e indique con una **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.
  - 6) **Plan:** Marque con una **X** el tipo de plan: Individual, Pareja, Familiar o Complementario. Marque con una **X** si añades alguna cubierta adicional, si aplica.
    - Todo pensionado con las partes A y/o B de Medicare tiene que incluir copia de la tarjeta de Medicare.
  - 7) **Plan Mancomunado:** (*Si aplica*) Incluya la información de su cónyuge o cohabitante solo si trabaja en una agencia o municipio de gobierno y reciba aportación patronal. Si es cohabitante debe incluir el documento de elegibilidad que provea el patrono (Modelo SC 1335).
  - 8) **\*Dependientes Directos:** Cónyuge o cohabitante, hijas, hijos, hijastras o hijastros no emancipados, hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años a menos que estos estén incapacitados (presentar evidencia). Dependientes directos de un abuelo, abuela o miembro de la familia que sea el principal tenedor del plan de salud hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años a menos que estos estén incapacitados (presentar evidencia). Incluya la información de sus dependientes directos.
    - La primera línea está reservada para la información del cónyuge o cohabitante. Si no tiene cónyuge o cohabitante y tiene otros dependientes directos (ej. hijos) escriba la información de estos empezando con el mayor y terminando con el menor de edad.
  - 9) **\*Dependientes Opcionales:** Denomina al familiar inmediato del suscriptor principal o su cónyuge, que no cualifica como dependiente directo, que depende sustancialmente de dicho empleado para su sustento y que no haya alcanzado la edad de sesenta y cinco (65) años. Incluya la información de sus dependientes opcionales en el mismo formato de los dependientes directos:
    - 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.
    - La cubierta del dependiente opcional será igual a la del Suscriptor Principal, excepto en Medicare.
  - 10) **Cómputo de la Prima:** Favor de verificar que en el cómputo de la prima este incluido todas las cubiertas solicitadas y dependiente opcionales. Verificar que esté correcto antes de firmar la solicitud.
  - 11) Verificar que esté firmada por el representante autorizado por PSM.
  - 12) **Firme** la solicitud y escriba la **fecha en que entregó la solicitud**.
  - 13) 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.
  - 14) Retenga la última 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.
  - 15) En el caso de que el pago de la prima contratada por el suscriptor principal se vea afectada, éste será responsable del pago de la misma.
- \*Hacer referencia al artículo 3 del Reglamento #8398, 31 de octubre de 2013 (Reglamento para la contratación de los planes de beneficios de salud para los empleados públicos.**

## 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 fijo 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 mil (\$1,000) dólares ni mayor de cinco mil (\$5,000) dólares.

La no inclusión de este aviso con los formularios indicados no constituirá defensas para que 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).

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 lo establece el contrato de cubierta. Certifico que he recibido copia de la Ley o resumen de los derechos y responsabilidades del paciente, según lo establece la Ley 194 "Carta de Derechos del Paciente". 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 Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Autorizo al Plan a obtener de proveedores de servicio la información médica relacionada conmigo y con 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.