



Formulario de solicitud/cambio del empleado para grupos con 1 a 50 empleados

Sección I: RENUNCIA AL SEGURO DE SALUD

Comprendo que si marco cualquier cuadro en la Parte 1 de esta renuncia, estoy eligiendo no tener a esas personas cubiertas por el seguro de salud designado.

Parte 1: Coberturas a las que renuncia: No deseo cobertura para (marque todas las opciones que correspondan)

Yo	<input type="checkbox"/>	Servicios médicos	<input type="checkbox"/>	Servicios odontológicos	<input type="checkbox"/>	Servicios oftalmológicos	<input type="checkbox"/>	Seguro de vida/por discapacidad
Cónyuge o pareja de hecho	<input type="checkbox"/>	Servicios médicos	<input type="checkbox"/>	Servicios odontológicos	<input type="checkbox"/>	Servicios oftalmológicos	<input type="checkbox"/>	Seguro de vida/por discapacidad
Hijo(s)	<input type="checkbox"/>	Servicios médicos	<input type="checkbox"/>	Servicios odontológicos	<input type="checkbox"/>	Servicios oftalmológicos	<input type="checkbox"/>	Seguro de vida/por discapacidad

Indique el (los) nombre(s) del cónyuge/de la pareja de hecho o del (de los) hijo(s) para el (los) que se renuncia a la cobertura:

Parte 2: Motivo de la renuncia a la cobertura: (marque el tipo adecuado de renuncia)

Cubierto por el cónyuge/la pareja de hecho o por la cobertura del empleador del padre/de la madre

Nombre de la aseguradora: _____

Medicare TRICARE Cobertura de VA Medicaid

Individual: Mi póliza se obtuvo a través de un intercambio y fui aprobado para recibir un subsidio

Nombre de la aseguradora: _____

Inscrito en un plan grupal de otra aseguradora ofrecido por este empleador

Nombre de la aseguradora: _____

Inscrito en otro plan grupal del empleador como empleado o jubilado

Nombre de la aseguradora: _____

Otro: _____ Sin cobertura

Si usted está rechazando la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud o a un plan de cobertura de salud grupal, puede inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a esa otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o desde que su empleador deja de aportar a la otra cobertura). Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda con el pago de las primas o pierden elegibilidad para la cobertura en virtud del Programa estatal de seguro de salud para niños (States Children's Health Insurance Program, SCHIP), podrán inscribirse en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a ese evento. Además, si usted tiene un nuevo dependiente por casamiento, nacimiento, adopción o entrega en adopción, podrá inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al casamiento, el nacimiento, la adopción o la entrega en adopción.

Leí y comprendí los términos anteriores:

Empleador actual _____ Número de grupo _____

Nombre del empleado en letra de imprenta _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

ADVERTENCIA: SI USTED O LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA TIENEN LA COBERTURA DE MÁS DE UN PLAN DE SALUD, ES POSIBLE QUE NO PUEDAN OBTENER LOS BENEFICIOS DE AMBOS PLANES. ES POSIBLE QUE CADA PLAN LE EXIJA QUE SIGA SUS REGLAS O UTILICE MÉDICOS Y HOSPITALES ESPECÍFICOS, Y PUEDE RESULTAR IMPOSIBLE CUMPLIR CON AMBOS PLANES A LA VEZ. ANTES DE QUE SE INSCRIBA EN ESTE PLAN, LEA TODAS LAS REGLAS CUIDADOSAMENTE Y COMPÁRELAS CON LAS REGLAS DE CUALQUIER OTRO PLAN QUE LO CUBRA A USTED O A SU FAMILIA.

Nombre del empleado
N.º de Seguro Social

Nombre del grupo/la compañía
N.º de grupo/N.º de sección (obligatorio)



Sección II: PASOS REQUERIDOS

Nueva solicitud
 COBRA/Continuación
 Cambio en la póliza
 Cambio a elegibilidad en Medicare
 Seleccione la cobertura (marque todas las opciones que correspondan)

- Nombre del producto farmacológico/de salud _____
 Nombre del producto odontológico* _____
 Nombre del producto oftalmológico* _____

*Los beneficios odontológicos y oftalmológicos están asegurados por completo por Medical Mutual

Fecha del evento de calificación: _____

Medida: (Marque el tipo de cambio)

- Agregar dependiente a la póliza por la siguiente causa: (Enumere los dependientes en la Sección III)
 Nacimiento Adopción
 Eliminar dependiente de la póliza por la siguiente causa: (Enumere los dependientes en la Sección III)
 Divorcio Fallecimiento Otro _____
 Agregar cónyuge debido a casamiento (Mencione a su cónyuge en la Sección III)
 Fecha de casamiento: _____
 Cambio de nombre (Indique el nuevo nombre en la Sección III)
 Nombre anterior: _____
 Cambio de dirección (Ingrese la nueva dirección en la Sección III)
 Cancelar cobertura
 Otro (Descripción) _____

Sección III: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Apellido			Primer nombre			Inicial del segundo nombre			
Residencia permanente				Ciudad			Dirección de correo electrónico		
País		Estado		Código postal		N.º de contacto preferido ()		N.º alternativo ()	
Estado laboral							Estado civil		
<input type="checkbox"/> Activo, fecha de (re)contratación como empleado de tiempo completo: _____ <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> COBRA, fecha de vencimiento: _____							<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		
Número de tarjeta del empleado:			Número de departamento del empleado:			Ubicación en la nómina:			

Parentesco	Primer nombre, inicial del segundo nombre (y apellido, si es diferente)	Número de Seguro Social ²	Fecha de nacimiento	Sexo	Estatura/Peso	Consumidor de tabaco ³	Médico de atención primaria (solo HMO)
Uno mismo				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Cónyuge				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Pareja de hecho ¹				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Hijo dependiente				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Hijo dependiente				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Hijo dependiente				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

¹Consulte la Sección VIII, número 13, Términos y condiciones, para obtener información sobre los requisitos de elegibilidad de la pareja de hecho.

²Si proporciona el número de Seguro Social, aumentará la precisión de los reclamos y se acelerará el procesamiento.

³Definición de consumo de tabaco: uso legal (excepto el uso religioso o ceremonial) de cualquier producto derivado del tabaco que equivalga a un promedio de más de cuatro veces por semana en un plazo máximo de los últimos seis meses.

Nombre del empleado
N.º de Seguro Social

Nombre del grupo/la compañía
N.º de grupo/N.º de sección (obligatorio)



Sección IV: OTRA COBERTURA

Información de Medicare ¿Están usted o alguno de sus dependientes cubiertos por Medicare? Sí No Si la respuesta es afirmativa, complete la siguiente sección:

Nombre del titular de la póliza	Número de Medicare	Fecha de entrada en vigencia de la Parte A	Fecha de entrada en vigencia de la Parte B	Motivo para Medicare
				<input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en fase terminal <input type="checkbox"/> Discapacidad, indicar motivo: _____
				<input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en fase terminal <input type="checkbox"/> Discapacidad, indicar motivo: _____

Aviso importante para las personas elegibles para Medicare: Si usted tiene derecho a Medicare y Medicare es su cobertura principal, debería inscribirse en esa cobertura y mantenerla porque cuando COSE Health and Wellness Trust ("MEWA") sea el pagador secundario para la Parte B de Medicare, MEWA coordinará los beneficios como si usted estuviera cubierto por la Parte B, aunque no lo esté. Esto puede hacerlo a usted responsable de los costos que hubieran sido pagados por Medicare. Su corredor puede ayudarle con cualquier pregunta.

Cobertura continua (que no sea Medicare) ¿Usted o algún dependiente tienen otra cobertura o una cobertura de seguro de salud dental?
 Sí No Si la respuesta es afirmativa, complete la siguiente sección:

Nombre del titular de la póliza	Nombre y dirección de la aseguradora	Número de póliza	Fecha de entrada en vigencia	Tipo de cobertura	Estado laboral	Tipo de póliza
				<input type="checkbox"/> Servicios médicos <input type="checkbox"/> Servicios odontológicos <input type="checkbox"/> Hospital únicamente <input type="checkbox"/> Servicios oftalmológicos <input type="checkbox"/> Medicamento de venta bajo receta	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Familiar

Sección V: ACERCA DE SUS NECESIDADES

Si usted tiene alguna necesidad especial relacionada con el idioma u otra necesidad cultural que puede afectar la administración de su plan de salud o la prestación de la atención médica, indíquelo a continuación para que Medical Mutual pueda brindarle un mejor servicio:

SÍ NO

- Impedimentos auditivos (es necesario el uso de TDD/TYY o de otros medios de comunicación)
- Impedimentos visuales (es necesaria la comunicación de audio o la lectura de documentos con letra grande)
- Habla un idioma nativo que no es inglés (son necesarios servicios de interpretación); indique el idioma: _____
- Otra preferencia/necesidad cultural: _____

Nombre del empleado
N.º de Seguro Social

Nombre del grupo/la compañía
N.º de grupo/N.º de sección (obligatorio)



Sección VI: CUESTIONARIO DE SALUD

A. AFECCIONES MÉDICAS

En los últimos 5 años, ¿usted o algún dependiente en la lista recibieron asesoramiento, recibieron tratamiento o diagnóstico, o a usted o algún dependiente en la lista se les recomendó alguna cirugía futura, se les realizaron pruebas de diagnóstico (excluidos VIH y SIDA), se les proporcionó consejo médico o se les recomendó que debían procurar asesoramiento médico para alguna de las siguientes afecciones? Si la respuesta es afirmativa, explíquelo en la Sección C a continuación.

<p>A. Cáncer Sí NO</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Compromiso de ganglios linfáticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radiación <p>B. Pulmonares/Respiratorias Sí NO</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias - Vacunas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema - Oxígeno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <p>C. Musculares/Esqueléticas Sí NO</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discopatía degenerativa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hernia de disco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoartritis Ubicación: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artroplastia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Espina bífida 	<p>D. Enfermedad cardíaca/circulatoria Sí NO</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aneurisma, tipo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias/Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angioplastia, fecha _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía de derivación, fecha _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco, fecha _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos/Implante de un desfibrilador cardioversor implantable <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular, fecha _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ubicación del coágulo sanguíneo: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos irregulares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa periférica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia, tipo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro trastorno sanguíneo, tipo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno de válvula cardíaca, tipo _____ 	<p>E. Endocrinas Sí NO</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo 1 - Insulina) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo 2 - Oral) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes (Dieta/Ejercicio) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno tiroideo <p>F. Neurológicas Sí NO</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Convulsiones tónico-clónicas generalizadas <input type="checkbox"/> Ausencias típicas Fecha de la última convulsión _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <p>G. Psicológicas Sí NO</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar/Esquizofrenia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalización, fecha _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intento de suicidio, fecha _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dependencia del alcohol o las drogas 	<p>H. Urinarias/Intestinales/Reproductivas Sí NO</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fecha de la prueba de Papanicolaou abnormal _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fecha de la prueba de Papanicolaou de seguimiento normal _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pólipos/Diverticulitis en el colon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico/Ulcera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Próstata agrandada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno reproductivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síndrome ovárico poliquístico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embarazo, , fecha prevista de parto: _____ <p>I. Otras Sí NO</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal en fase terminal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trasplante, tipo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia, tipo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus, tipo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis, tipo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro trastorno inmunitario, tipo (excepto VIH/SIDA) _____
---	---	---	--

B. PREGUNTAS MÉDICAS

SÍ NO

- ¿Usted o algún dependiente están tomando actualmente algún medicamento de venta bajo receta o de venta libre? (Explíquelo en la Sección C a continuación).
- En los últimos 5 años, ¿a usted o algún dependiente se los ha hospitalizado o sometido a algún tipo de cirugía o se les ha diagnosticado alguna otra afección/trastorno/enfermedad que no se haya mencionado anteriormente? (Explíquelo en la Sección C a continuación).
- En los últimos 5 años, ¿a usted o algún dependiente se les ha aconsejado someterse a una cirugía o tratamiento adicional que aún no se haya realizado? (Explíquelo en la Sección C a continuación).
- ¿A ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE RECIBIRÁN COBERTURA se les ha diagnosticado alguna vez SIDA o una afección relacionada con el SIDA o ha tenido un resultado positivo en un análisis de VIH?

C. EXPLICACIÓN (Explique todas las respuestas afirmativas de Afecciones médicas y Preguntas médicas aquí).

Nombre	Número de afección	Fecha de tratamiento (desde-hasta)	Diagnóstico/Tratamiento/Medicamento/Dosis (sea específico)	Recuperado SÍ NO
John Doe	ej. A5	10/2005-3/2007	Cáncer de piel/Radiación/Medicamento Xxxxxxxx	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nombre del empleado
N.º de Seguro Social

Nombre del grupo/la compañía
N.º de grupo/N.º de sección (obligatorio)



Sección VII: PRODUCTOS**

Beneficios de vida, discapacidad y MedMutual Extend

A. SELECCIÓN DE LA COBERTURA

Es posible que su seguro grupal proporcionado por MedMutual Life Insurance Company no incluya todos los beneficios que figuran a continuación. Solicite a su empleador los detalles sobre los beneficios que están disponibles para usted, su costo (si hubiera), y pregúntele si deberá presentar pruebas de asegurabilidad.

Planes pagados por el empleador*		
Elegir	Renunciar	Tipo de cobertura
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De vida básico y AD&D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De vida para dependientes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De discapacidad a corto plazo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por discapacidad a largo plazo

Información sobre clase y salario
Clase de vida:
Ocupación/Puesto laboral:
Ingresos actuales: \$
<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Año

*Si el empleador paga el 100 % de la prima, es posible que el empleado no renuncie a la cobertura.

Planes pagados por el empleado**

Elegir	Renunciar	Tipo de cobertura	Monto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De vida voluntario (puede elegirse en incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$300,000)	\$ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De vida complementario	\$ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De AD&D complementario	\$ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De vida para dependientes	\$ _____

B. OPCIONES DEL PLAN ESTÁNDAR VOLUNTARIO

Plan	Beneficio semanal	Salario mínimo anual	Plan	Beneficio semanal	Salario mínimo anual	Plan	Beneficio semanal	Salario mínimo anual
<input type="checkbox"/> 1	\$100	\$7,430	<input type="checkbox"/> 4	\$250	\$18,570	<input type="checkbox"/> 7	\$400	\$29,715
<input type="checkbox"/> 2	\$150	\$11,140	<input type="checkbox"/> 5	\$300	\$22,285	<input type="checkbox"/> 8	\$450	\$33,430
<input type="checkbox"/> 3	\$200	\$14,860	<input type="checkbox"/> 6	\$350	\$26,000	<input type="checkbox"/> 9	\$500	\$37,145

C. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Para el empleado solamente: debe completar lo siguiente si ha solicitado un seguro de vida o AD&D). Si se nombra a dos o más beneficiarios primarios y usted no indica los porcentajes de los beneficiarios, el rédito se pagará en partes iguales a los beneficiarios primarios nombrados que le sobrevivan. Si ninguno de los beneficiarios primarios le sobrevive, el rédito se pagará al (a los) beneficiario(s) secundario(s). Si indica los porcentajes de los beneficios, el total debe ser igual al 100 %. (El empleado es el beneficiario del rédito de la cobertura del cónyuge o los hijos).

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	% de beneficio
Primario:				
Primario:				
Secundario:				
Secundario:				

D. MEDMUTUAL EXTEND

- Superior
- Preferido
- Selecto
- Enfermedad crítica
- Accidente
- Enfermedad/Accidente crítico

Nombre del empleado
N.º de Seguro Social

Nombre del grupo/la compañía
N.º de grupo/N.º de sección (obligatorio)



Sección VIII: TÉRMINOS Y CONDICIONES

1. Por medio del presente, solicito el plan COSE Health and Wellness Trust [(MEWA)]. Reconozco que solicito un beneficio de salud para empleados que se ofrece en forma colectiva a través de MEWA de conformidad con un certificado de autorización emitido por el Departamento de Seguros de Ohio y de que este beneficio puede estar sujeto a términos y condiciones especiales descritos en el Documento del plan y en la Descripción resumida del Plan de MEWA, según enmiendas realizadas periódicamente por Greater Cleveland Partnership.
2. Comprendo que los beneficios odontológicos y oftalmológicos disponibles a través de MEWA están completamente asegurados por Medical Mutual ("Medical Mutual"). Entiendo que los beneficios de vida, AD&D, discapacidad, indemnización fija y accidente solamente disponibles a través de MEWA están completamente asegurados por MedMutual Life Insurance Company ("MedMutual Life").
3. Autorizo (1) deducciones en la nómina y remesas de cualquier aporte requerido para la cobertura a MEWA o a cualquier filial, representante y administrador externo contratado; (2) la divulgación de información, sin limitaciones, de cualquier centro médico/centro relacionado con temas médicos, excompañía de seguro de salud, Medical Information Bureau, Inc. (MIB), proveedor de la base de datos de antecedentes de recetas, organismo o funcionario gubernamental de MEWA, el administrador del Plan, y Medical Mutual/MedMutual Life o a cualquier afiliada, gerente del beneficio de farmacia, administrador externo, representante, agente o compañía de reaseguros (a) para evaluar esta Solicitud; (b) para decidir sobre reclamos presentados en mi nombre o en nombre de mis dependientes; (c) para que los programas de revisión de utilización controlen los servicios de salud o las actividades de mejora de la calidad o; (d) con fines de acreditación. Autorizo a MEWA, el administrador del Plan o Medical Mutual/MedMutual Life a proporcionar una fotocopia de esta divulgación a cualquier médico o institución médica a fin de obtener registros a los efectos indicados anteriormente. La presente autorización será válida por un período de dos años y medio a los efectos de recopilar información con respecto a esta Solicitud.
4. Al firmar a continuación, declaro y garantizo lo siguiente: (a) he leído detenidamente y comprendo esta Solicitud y las preguntas hechas en la presente; (b) soy el único y exclusivo responsable de que todas las respuestas incluidas en esta Solicitud sean verdaderas y precisas, y estén completas; (c) he respondido a todas y cada una de las preguntas incluidas en esta Solicitud; (d) todas mis respuestas a cada una de las preguntas son precisas, completas y verdaderas; y (e) no firmé una Solicitud en blanco ni parcialmente completada.
5. Comprendo y acepto que ningún agente ni corredor que pueda ayudarme a completar esta Solicitud tiene autoridad alguna: (a) para eximirme de responder en todo o en parte a cualquier pregunta incluida en esta Solicitud o a cualquier solicitud de información por parte de MEWA, el administrador del Plan o Medical Mutual/MedMutual Life; (b) para aconsejarme de que no estoy obligado a divulgar cualquier afección de la que esté al tanto con respecto a mi salud o la de un dependiente incluido en la Solicitud; (c) para hacer declaración alguna con respecto a los beneficios de salud que difieran de cualquier información por escrito proporcionada por MEWA o el administrador del Plan; ni (d) para obligar de cualquier forma a MEWA al declarar, prometer o manifestar cualquier enunciado que no se incluya por escrito en esta Solicitud o en lo concerniente a la elegibilidad, los beneficios o la cobertura de conformidad con una póliza; (e) para responder a cualquier pregunta incluida en esta Solicitud o para introducir información allí en mi nombre; ni (f) para aprobar mi inscripción en MEWA. Todos los términos del contrato deben estar por escrito y firmados o aceptados por escrito por un representante autorizado de la Junta de fideicomisarios de MEWA. El certificado o las pruebas de cobertura correspondientes determinarán los derechos y las responsabilidades de las personas cubiertas y prevalecerán en el caso de que entren en conflicto con cualquier resumen de comparación de beneficios u otra descripción del plan.
6. Comprendo y acepto que soy responsable de divulgar toda la información requerida por esta Solicitud, la cual incluye, aunque solo a modo de ejemplo, todas las afecciones y los diagnósticos de los que esté al tanto. Comprendo y acepto que MEWA, y el administrador del Plan o Medical Mutual/MedMutual Life tienen el derecho exclusivo a determinar si una afección o un diagnóstico en particular revisten importancia, que yo no tengo el derecho a evaluar si una afección o un diagnóstico deberían o no deberían divulgarse en esta Solicitud y que estoy obligado a divulgar incluso aquellas afecciones o diagnósticos que yo no considere significativos ni importantes.
7. Acepto que toda información, declaración o respuesta imprecisa o incompleta en esta Solicitud puede derivar en el rechazo de un reclamo y que cualquier tergiversación deliberada de un hecho material o un fraude relacionado con esta Solicitud puede derivar en la anulación de la cobertura y yo podría quedar sujeto a alguna medida legal por parte de MEWA o Medical Mutual/MedMutual Life.
8. Entiendo que debo notificar a Medical Mutual por escrito de inmediato si yo (el solicitante) o cualquier otra persona para la cual se solicita cobertura, recibe tratamiento médico, asesoramiento, atención o diagnóstico por alguna enfermedad, lesión o afección después de la fecha a la cual firmo esta solicitud pero antes de la fecha de aprobación de mi cobertura. Entiendo que en este caso, Medical Mutual tiene el derecho de suscribir mi solicitud de nuevo, con la nueva información y que, como resultado de ello, mi cobertura/la cobertura de un familiar podría ser terminada o demorada o los beneficios denegados debido a la enfermedad, lesión o afección tratada como una afección preexistente.

Continúa en la página 7

Nombre del empleado
N.º de Seguro Social

Nombre del grupo/la compañía
N.º de grupo/N.º de sección (obligatorio)



Sección VIII: TÉRMINOS Y CONDICIONES (continuación)

9. Para ser elegible para la cobertura, debo ser un empleado de tiempo completo activo, según se define en los documentos del plan.
10. Comprendo que, para ser elegible para la cobertura a través de MEWA, debo cumplir con los requisitos de elegibilidad estipulados en los documentos del plan de MEWA y: 1) para la cobertura como empleado, debo ser un empleado de tiempo completo activo que recibe un cheque de pago periódico; y 2) para la cobertura de vida, AD&D, por discapacidad, odontológica, oftalmológica, indemnización fija o accidente exclusivamente, también debo cumplir con los requisitos de elegibilidad de Medical Mutual/MedMutual Life; a fin de ser elegible para la cobertura, debo ser un empleado de tiempo completo activo, como se define el acuerdo de participación grupal.
11. Mis dependientes y yo comprendemos y aceptamos que MEWA, el administrador del Plan o Medical Mutual/MedMutual Life no divulgarán la información obtenida a ninguna persona ni organización, excepto a compañías de reaseguro, la MIB u otras personas u organizaciones que realicen transacciones o presten servicios comerciales o jurídicos en el área de la atención de la salud en relación con cualquier solicitud, reclamo, o según lo que pueda exigirse legalmente en contrario o según lo que podamos autorizar posteriormente. Si se utiliza una Agencia de informes de crédito, puedo (podemos) solicitar que se me (nos) entreviste en relación con la elaboración del informe. Una vez divulgada la información personal y de salud (incluida información médica, odontológica y farmacéutica) de acuerdo con esta autorización, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por los requisitos de privacidad federales y estatales. Siempre que se solicite, yo o mi representante legal disponemos de una copia de esta autorización. Una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como la original. Esta autorización será válida por un período de dos años y medio. Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación por escrito a las oficinas de la Junta de fideicomisarios de MEWA. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. La revocación puede afectar de manera adversa mi Solicitud, un reclamo o una acción de seguro pendiente. La revocación entrará en vigencia después de que la Junta de fideicomisarios de MEWA la reciba. Su negativa a autorizar la divulgación de esta información puede afectar su capacidad para inscribirse en COSE MEWA si Medical Mutual necesita esta información para determinar su elegibilidad para la cobertura.
12. Comprendo y dejo constancia de que esta autorización se extiende a todos los registros médicos, incluidos los registros que pueden contener información con respecto al tratamiento de enfermedades físicas y mentales, alcoholismo/drogadicción o resultados de análisis o diagnósticos de VIH/SIDA. Otorgo, expresamente, mi consentimiento para la divulgación de tal información.
13. Si estoy solicitando cobertura para mi pareja de hecho, declaro y garantizo que yo y mi pareja de hecho: 1) cohabitamos y residimos juntos en la misma residencia y lo hemos hecho al menos durante seis meses y tenemos la intención de hacerlo indefinidamente; 2) estamos comprometidos en una relación exclusiva y comprometida y somos interdependientes económicamente; 3) tenemos ambos al menos 18 años de edad y somos la única pareja de hecho del otro; 4) no estamos casados ni separados de nadie más; 5) no hemos tenido otra pareja de hecho dentro de los seis meses de establecer la sociedad de hecho actual; 6) no tenemos vínculo de sangre; y 7) no mantenemos esta relación exclusivamente a los efectos de obtener los beneficios de un seguro.
14. El plan MEWA para el cual presento mi solicitud es un plan autoasegurado, y los beneficios no están garantizados por una aseguradora con licencia. El plan MEWA no está cubierto por Ohio Life and Health Guaranty Association. Este es un plan de beneficios completamente evaluable. En el caso de que el plan de salud autoasegurado de múltiples empleadores no pueda pagar sus obligaciones, los empleadores participantes deberán contribuir sobre una base conjunta y diversa los fondos necesarios para cumplir con las obligaciones adeudadas. El plan proporciona determinadas protecciones a los patrocinadores del plan en relación con esta evaluación. Determinadas otras protecciones importantes ofrecidas a los residentes de Ohio conforme al Código de seguro de Ohio y Reglas y regulaciones de Ohio, tales como derechos de conversión y determinados beneficios obligatorios o requeridos, posiblemente no estén disponibles a través del plan autoasegurado de múltiples empleadores.

Firmo esta Solicitud en mi nombre y en nombre de todos los dependientes indicados. Una copia no alterada de esta autorización es tan válida como el original. He leído todas las declaraciones incluidas en esta Solicitud y declaro, firma de por medio, que soy un empleado activo, elegible, compensado y de tiempo completo y que la información que he proporcionado es verdadera y está completa según mi leal saber y entender. Entiendo que no debo cancelar ninguna cobertura actual hasta que reciba una carta de aprobación y el certificado de cobertura de MEWA.

Firma del empleado

Fecha

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, con la intención de cometer fraude o a sabiendas de que está facilitando el fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación con una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguro. (Sección 3999.21 del Código revisado de Ohio).

