

Formulario de inscripción/cambio



Gracias por elegir Empire. Para que podamos procesar su inscripción rápida y correctamente, complete todo el formulario y firme en la sección 7.

SECCIÓN 1: MOTIVO DE LA INSCRIPCIÓN/CAMBIO. Complete la sección A, B o C

A. NUEVA INSCRIPCIÓN/ADICIÓN. Elija solo uno de los motivos en negrita

<input type="checkbox"/> Nuevo empleado Los solicitantes de compañías de 50 empleados o menos deben presentar el formulario NYS-45, los registros de pago de nómina o los formularios W-4 como constancia de empleo.	Fecha de cambio (MMDDAA)
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	
<input type="checkbox"/> Cambio de condición. Seleccione solo una opción <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Recién nacido <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Elegible para Medicare Solo si eligió Elegible para Medicare responda las siguientes preguntas: Criterios de elegibilidad. Seleccione solo una opción. <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal ¿Es un empleado activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Elige la cobertura de la compañía como cobertura primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Elige la cobertura relacionada con Medicare como cobertura primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la compañía cuenta con menos de 20 empleados y no aplica la enfermedad renal en etapa terminal, debe elegir esta opción)	
<input type="checkbox"/> Derecho a optar por dependientes adultos elegibles para cobertura hasta los 30 años conforme a la legislación del estado de New York (NYS)	
<input type="checkbox"/> Derecho a optar obligatorio. Solo dependientes calificados del NYS	
<input type="checkbox"/> Continuación de cobertura COBRA/NYS	Naturaleza del acontecimiento de COBRA/NYS
<input type="checkbox"/> Otro	

B. CAMBIO. Marque todo lo que corresponda. Para todas las casillas marcadas a continuación, proporcione información adicional en las secciones 3 y 4.

<input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Médico de atención primaria (PCP) (solo para planes HMO/Direct HMO/Direct POS/Empire POS)	<input type="checkbox"/> Dentista de atención primaria administrada (PCD) (si su compañía ofrece un plan de Empire Dental)	Fecha de cambio (MMDDAA)
---	--	------------------------------

C. CANCELACIÓN DE COBERTURA. Seleccione solo una opción

Nota: si va a cancelar su propia cobertura, su empleador deberá completar un formulario de cese de empleo. Para otro tipo de cancelación, marque la casilla correspondiente a continuación y escriba el nombre en la parte de Solicitante y familia de la sección 4.

Cónyuge/Dependiente <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> El dependiente ya no es elegible <input type="checkbox"/> Otro	Fecha del evento (MMDDAA)
--	-------------------------------

SECCIÓN 2: SELECCIÓN DE BENEFICIOS

Seguro médico ¹ Seleccione solo un tipo de plan: <input type="checkbox"/> Direct HMO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Empire Total Blue SM Choice (HSA) <input type="checkbox"/> Empire Prism SM EPO	Planes para grupos grandes únicamente <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> DPOS <input type="checkbox"/> DSPOS <input type="checkbox"/> Empire Total Blue SM Choice (HRA) <input type="checkbox"/> Empire Prism SM PPO	Planes para grupos pequeños únicamente <input type="checkbox"/> Value EPO <input type="checkbox"/> Empire PPO Plus <input type="checkbox"/> Empire POS <input type="checkbox"/> Empire EPO Stepped <input type="checkbox"/> Empire PPO <input type="checkbox"/> Empire EPO Essential <input type="checkbox"/> Healthy New York
De indemnización Seleccione solo un tipo de cobertura:	<input type="checkbox"/> Hospitalaria/Médica <input type="checkbox"/> Solo hospitalaria <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Hijo(s) <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Otra
Seguro dental ² Seleccione solo un tipo de cobertura:	<input type="checkbox"/> Plan dental PPO <input type="checkbox"/> Atención dental administrada <input type="checkbox"/> Dental voluntario <input type="checkbox"/> Otros planes dentales <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Hijo(s) <input type="checkbox"/> Familiar	
Seguro de la visión ³ Blue View Vision SM Seleccione solo un tipo de cobertura:	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Hijo(s) <input type="checkbox"/> Familiar	

¹ Empire lo ayudará a abrir una Cuenta de Ahorros de Salud a su nombre, según lo requiera su empleador. ² Si su compañía ofrece un plan Empire Dental. ³ Si su compañía ofrece un plan Blue View Vision.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	N.º de Seguro Social
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (MMDDAA) 	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja	Fecha de matrimonio (MMDDAA)
Escriba el estado y el país donde contrajo matrimonio ⁴ →		Estado País	
Dirección		Apt. N.º	Teléfono particular
Ciudad		Estado Código postal	Teléfono diurno
Ocupación		Lengua materna	
Dirección de correo electrónico (se solicita para mayores de 18 años)		<input type="checkbox"/> Sí, autorizo a que me envíen información de manera electrónica.	Si usted, su cónyuge o sus dependientes son elegibles para Medicare, complete la sección 6.

⁴ El matrimonio se debe haber celebrado en una jurisdicción que reconozca su validez.

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y LA FAMILIA. Incluya su nombre y el de todos los miembros de la familia que reúnan los requisitos para estar inscritos. Agregue más hojas si es necesario.

Nota: si eligió HMO/Direct HMO/Direct POS/Empire POS/DirectShare POS, proporcione un médico de atención primaria (PCP) para usted y para cada dependiente. Recuerde que los beneficios fuera de la red no están disponibles para miembros de HMO/Direct HMO, excepto para atención de emergencia. Si ha elegido atención dental administrada, proporcione un dentista de atención primaria (PCD) para usted y sus dependientes.

SOLICITANTE					
Apellido del médico de atención primaria (PCP)		Nombre del médico de atención primaria (PCP)		N.º de PCP	¿Es paciente actual del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del dentista de atención primaria (PCD)		Nombre del dentista de atención primaria (PCD)		N.º de PCD	¿Es paciente actual del PCD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PAREJA					
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	N.º de Seguro Social
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (MMDDAA)	Lengua materna, si es diferente			
Apellido del PCP		Nombre del PCP		N.º de PCP	¿Es paciente actual del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico (se solicita para mayores de 18 años)					<input type="checkbox"/> Si, autorizo a que me envíen información de manera electrónica.
DEPENDIENTE 1					
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	N.º de Seguro Social
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento (MMDDAA)	Lengua materna, si es diferente		
Apellido del PCP		Nombre del PCP		N.º de PCP	¿Es paciente actual del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico (se solicita para mayores de 18 años)					<input type="checkbox"/> Si, autorizo a que me envíen información de manera electrónica.
Parentesco: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo ⁵ <input type="checkbox"/> Hijo discapacitado ⁶ <input type="checkbox"/> Disponible hijo dependiente <u>adulto</u> de hasta 29 años de edad					
DEPENDIENTE 2					
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	N.º de Seguro Social
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento (MMDDAA)	Lengua materna, si es diferente		
Apellido del PCP		Nombre del PCP		N.º de PCP	¿Es paciente actual del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico (se solicita para mayores de 18 años)					<input type="checkbox"/> Si, autorizo a que me envíen información de manera electrónica.
Parentesco: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo ⁵ <input type="checkbox"/> Hijo discapacitado ⁶ <input type="checkbox"/> Disponible hijo dependiente <u>adulto</u> de hasta 29 años de edad					
DEPENDIENTE 3					
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	N.º de Seguro Social
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento (MMDDAA)	Lengua materna, si es diferente		
Apellido del PCP		Nombre del PCP		N.º de PCP	¿Es paciente actual del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico (se solicita para mayores de 18 años)					<input type="checkbox"/> Si, autorizo a que me envíen información de manera electrónica.
Parentesco: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo ⁵ <input type="checkbox"/> Hijo discapacitado ⁶ <input type="checkbox"/> Disponible hijo dependiente <u>adulto</u> de hasta 29 años de edad					

⁵ El hijo debe ser mayor que la edad contractual para dependientes y concurrir a un instituto o universidad acreditados. Se debe presentar certificado con este formulario todos los años.

⁶ Presente el formulario de solicitud para hijos discapacitados (HAC506) con este formulario. El hijo debe ser mayor que la edad contractual para dependientes.

SECCIÓN 5: OTROS DATOS DE COBERTURA. Esta sección debe ser completada

¿Tienen o han tenido usted o los miembros de su familia seguro de salud durante los últimos 11 meses?

Sí No Si su respuesta es afirmativa, complete los siguientes espacios:

Nombre(s) de la(s) persona(s) (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Información de la compañía de seguros	Fecha de cobertura	¿Provista por el empleador?	Condición de empleo	Tipo de contrato
Usted	Nombre	Inicio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Hijo(s)
	Teléfono	Finalización			
	Certificado (N.º de póliza)				
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja	Nombre	Inicio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Hijo(s)
	Teléfono	Finalización			
	Certificado (N.º de póliza)				
Dependiente 1	Nombre	Inicio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Hijo(s)
	Teléfono	Finalización			
	Certificado (N.º de póliza)				
Dependiente 2	Nombre	Inicio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Hijo(s)
	Teléfono	Finalización			
	Certificado (N.º de póliza)				
Dependiente 3	Nombre	Inicio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Hijo(s)
	Teléfono	Finalización			
	Certificado (N.º de póliza)				

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE MEDICARE. Solo para personas elegibles para Medicare

Proporcione una copia de la tarjeta de Medicare (HIB) para cada una de las personas enumeradas a continuación. Si no adjunta copias, no podremos procesar su solicitud de beneficios de Medicare.

SOLICITANTE				
N.º de ID de Medicare	Sufijo de HIB	Fecha de inicio de la cobertura de la Parte A	Fecha de inicio de la cobertura de la Parte B	
CÓNYUGE				
N.º de ID de Medicare	Sufijo de HIB	Fecha de inicio de la cobertura de la Parte A	Fecha de inicio de la cobertura de la Parte B	
DEPENDIENTE				
Nombre del dependiente	N.º de ID de Medicare	Sufijo de HIB	Fecha de inicio de la cobertura de la Parte A	Fecha de inicio de la cobertura de la Parte B

Comprendo que si paso a reunir los requisitos para Medicare mientras tengo cobertura con este contrato, los beneficios que me corresponden según este contrato se reducirán de acuerdo con el monto que pague Medicare por dichos servicios, más allá de que presente o no una reclamación ante Medicare.

SECCIÓN 7: FIRMA DEL SOLICITANTE. He leído la certificación y la declaración de fraude al seguro que siguen.

Certificación. Certifico que elijo cobertura como empleado o ex empleado, jubilado, dependiente actual o anterior de un empleado activo o jubilado, y que soy elegible para la cobertura de grupo según los términos y las condiciones del contrato del grupo. Hago esta elección en nombre de todos los dependientes elegibles y mí. Comprendo que tengo la obligación de informar al grupo cualquier cambio en mi estado o en el de mis dependientes. Dicho cambio puede provocar una modificación en el estado del seguro de Empire. De no realizarse dicha notificación, Empire podrá cancelar esta cobertura. Cualquier otra cobertura de Empire finalizará con la emisión de esta cobertura. Si no estoy de acuerdo con la transferencia de mi otra cobertura de Empire a esta cobertura, Empire no aceptará esta solicitud.

Autorizo a cualquier proveedor para la atención de la salud, pagador de la atención de la salud o agencia gubernamental a brindarle a Empire, o a su representante, todos los registros, ya sean míos o de mis dependientes, relacionados con historiales médicos, servicios prestados y pagos realizados, con el fin de ser usados por Empire para administrar los términos de mi contrato de beneficios de salud. Asimismo, autorizo a Empire a divulgar dicha información a un representante suyo, a mi PCP y otros proveedores, a otros pagadores y al titular del contrato de grupo, para fines relacionados con la continuidad de la atención y la administración médica, la administración de enfermedades, la gestión del contrato de beneficios de salud, las auditorías financieras o con otro objetivo que exija la ley. Las autorizaciones anteriores son válidas por un período máximo de 24 meses. Si su cobertura de Empire permanece vigente al finalizar los 24 meses desde la fecha de este formulario de inscripción, usted deberá volver a autorizar a Empire o a las personas designadas a que otorguen tales registros como se explicó en este párrafo, a las partes aquí descritas y para los fines aquí mencionados, por un período de autorización adicional. Todas las declaraciones y respuestas en esta notificación de elección son verdaderas y fueron hechas para permitir la emisión de la cobertura. Cualquier declaración falsa significativa puede ocasionar la cancelación de la cobertura por parte de Empire.

Declaración de fraude al seguro. Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito. Dicha persona está sujeta a sanciones civiles que no superarán los \$5,000 y el valor establecido de la reclamación para cada una de dichas violaciones.

Firma del solicitante X	Aclaración en letra de imprenta	Fecha (MMDDAA)
-----------------------------------	---------------------------------	----------------

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR (el administrador de beneficios de grupo debe completar esta sección)

Nombre del grupo	N.º de grupo	Subnúmero de grupo
Dirección	Ciudad	Estado Código postal
N.º de empleado	Nómina/Ubicación del departamento	Fecha de inicio del empleo FT del solicitante
Firma del Administrador de beneficios del grupo autorizado X	Aclaración en letra de imprenta	Fecha (MMDDAA)

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.