

En esta solicitud, "Humana" hace referencia a la(s) compañía(s) que ofrece(n) el plan enumerada(s) a continuación, en forma individual o colectiva y según lo exija el contexto.

Los planes HMO y POS son ofrecidos por Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.

Los planes médicos PPO y Classic, y los planes de discapacidad de corto plazo y de seguro de vida están asegurados y son administrados por Humana Insurance Company.

Los planes dentales están asegurados o son administrados por HumanaDental Insurance Company o Humana Insurance Company.

Escriba en letra de imprenta clara. No. de grupo médico No. de beneficio Clase/División

Nombre de la empresa

Ciudad de la empresa

Estado

Información del empleado

GA-80124-GN

Apellido Nombre ISN

No. de Seguro Social Fecha de nacimiento No. de teléfono

Género: Femenino Masculino Dirección de correo electrónico

Dirección Apto. / Suite / No. apartado postal

Ciudad Estado Código postal Condado

Idioma de elección: inglés español

Condición del empleo: Empleado a tiempo completo: horas trabajadas por semana Fecha de la contratación a tiempo completo

¿Está discapacitado o imposibilitado para realizar las actividades normales? No Sí En caso afirmativo, indique el motivo

Información del dependiente

GA-80124-DP

Anote la información de cada dependiente, incluido el cónyuge, que solicite cobertura. Por cada dependiente que se agregue, copie y adjunte un formulario de Información del dependiente adicional.

1. Apellido Nombre ISN Fecha de nacimiento

No. de Seguro Social Género: Femenino Masculino Relación: Cónyuge Hijo/a Otro:

Condición del dependiente (si corresponde): Estudiante a tiempo completo Discapacitado Si es discapacitado, indique el motivo

Sólo HMO y POS:

Médico de atención primaria ID del médico ¿Es actualmente su paciente? No Sí

Sólo HMO y POS:

Médico de atención primaria de elección del consumidor denominado por el empleado ¿Es actualmente su paciente? No Sí

2. Apellido Nombre ISN Fecha de nacimiento

No. de Seguro Social Género: Femenino Masculino Relación: Cónyuge Hijo/a Otro:

Condición del dependiente (si corresponde): Estudiante a tiempo completo Discapacitado Si es discapacitado, indique el motivo

Sólo HMO y POS:

Médico de atención primaria ID del médico ¿Es actualmente su paciente? No Sí

Sólo HMO y POS:

Médico de atención primaria de elección del consumidor denominado por el empleado ¿Es actualmente su paciente? No Sí

3. Apellido Nombre ISN Fecha de nacimiento

No. de Seguro Social Género: Femenino Masculino Relación: Cónyuge Hijo/a Otro:

Condición del dependiente (si corresponde): Estudiante a tiempo completo Discapacitado Si es discapacitado, indique el motivo

Sólo HMO y POS:

Médico de atención primaria ID del médico ¿Es actualmente su paciente? No Sí

Sólo HMO y POS:

Médico de atención primaria de elección del consumidor denominado por el empleado ¿Es actualmente su paciente? No Sí

No. de grupo

No. de Seguro Social

Seguro médico GA-80124-SG

Tipo de cobertura: Sólo empleado Empleado y cónyuge Empleado e hijo(s) Familiar Otro

Nombre del plan Nombre de la red

Sólo HMO y POS:

Médico de atención primaria del empleado ID del médico ¿Es actualmente su paciente? No Sí

Sólo HMO y POS:

Médico de atención primaria de elección del consumidor denominado por el empleado ¿Es actualmente su paciente? No Sí

Cobertura médica anterior: (Se debe completar esta sección para que Humana pueda procesar cualquier reclamación médica)

¿Ha tenido en los últimos 18 meses alguna otra cobertura médica individual o de grupo, incluida Medicare? No Sí

Nombre de la compañía aseguradora médica anterior No. de póliza

No. de teléfono de la compañía aseguradora anterior ID de Medicare Fecha entrada en vigor Fecha plazo

Tipo cobertura anterior: Sólo empleado Empleado y cónyuge Empleado e hijo(s) Familiar ¿Sigue en vigencia? No Sí

Seguro dental GA-80124-HD

No. de grupo	No. de beneficio	Clase/División
--------------	------------------	----------------

Tipo de cobertura: Sólo empleado Empleado y cónyuge Empleado e hijo(s) Familiar Otro

Nombre del plan

¿Ha tenido en los últimos 12 meses alguna otra cobertura dental individual o de grupo? No Sí ¿Cobertura de ortodoncia? No Sí

Fecha entrada en vigor Fecha plazo Tipo cobertura anterior: Sólo empleado Empleado y cónyuge Empleado e hijo(s) Familiar

Seguro de vida básico GA-80124-HL

No. de grupo	No. de beneficio	Clase/División
--------------	------------------	----------------

Nombre del beneficiario principal

Nombre del beneficiario secundario

Clase (el empleador le suministrará esta información si es necesario) Salario anual (si corresponde) \$

Seguro de vida básico del dependiente: No Sí En caso negativo, complete la sección de exención

Seguro de vida voluntario

¿Elige la cobertura del seguro de vida voluntario del empleado? No Sí Monto (mínimo de \$15,000) \$ Salario anual \$

Nombre del beneficiario principal

Nombre del beneficiario secundario

Seguro de vida voluntario del dependiente ¿Elige la cobertura del seguro de vida voluntario de los hijos? No Sí

(disponible solamente si el empleado elige la cobertura del seguro de vida voluntario)

¿Elige la cobertura del seguro de vida voluntario del cónyuge? No Sí Monto (mínimo de \$5,000) \$

Seguro de protección de ingresos a corto plazo GA-80124-SD

¿Elige la cobertura de protección de ingresos a corto plazo? No Sí Salario anual \$

Clase (el empleador suministrará esta información si es necesario)

Historial médico

Esta información no se deberá presentar con más de 60 días de anticipación de la fecha de entrada en vigor.

1. ¿En los últimos 24 meses, usted o cualquiera de los dependientes que van a tener cobertura realizaron alguna consulta recibieron tratamiento; obtuvieron una receta de medicamentos emitida por un médico, psiquiatra, psicólogo o médico general; o recibieron un diagnóstico de: cáncer; infarto cerebral; diabetes; enfermedad cardíaca o vascular; trastornos mentales o emocionales; enfermedad muscular o sistémica (que incluye, pero no se limita a, artritis o lupus); uso de alcohol o drogas; trastorno hepático, renal, pulmonar o intestinal; infertilidad; trasplante (recomendado, pendiente o llevado a cabo); trastorno del crecimiento; o tiene reclamaciones médicas que superan los \$5,000? No Sí
2. ¿En los últimos 24 meses, usted o cualquiera de los dependientes que van a tener cobertura realizaron alguna consulta recibieron tratamiento; obtuvieron una receta de medicamentos emitida por un médico, psiquiatra, psicólogo o médico general; o recibieron un diagnóstico de: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Complejo Relacionado con el SIDA (CRS), agrandamiento de los ganglios linfáticos, u otro trastorno del sistema inmunitario? No Sí
3. ¿Usted o cualquiera de sus dependientes que van a tener cobertura están embarazadas o han recibido indicaciones en los últimos 12 meses de que será necesario o es inminente su hospitalización, una operación o un tratamiento? No Sí

Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione los detalles a continuación y especifique el número de la pregunta. Adjunte hojas adicionales firmadas y fechadas si fuera necesario.

Pregunta No.	Apellido de la persona tratada	Nombre
Afección		
Enumerar los síntomas detectados		
Enumerar los tratamientos recibidos		
Enumerar las pruebas médicas realizadas		
Medicamento(s), si lo(s) hubiera		
Fecha en la que se diagnosticó la afección por primera vez		Fecha en la que vio a un médico por esta afección por última vez

Pregunta No.	Apellido de la persona tratada	Nombre
Afección		
Enumerar los síntomas detectados		
Enumerar los tratamientos recibidos		
Enumerar las pruebas médicas realizadas		
Medicamento(s), si lo(s) hubiera		
Fecha en la que se diagnosticó la afección por primera vez		Fecha en la que vio a un médico por esta afección por última vez

Pregunta No.	Apellido de la persona tratada	Nombre
Afección		
Enumerar los síntomas detectados		
Enumerar los tratamientos recibidos		
Enumerar las pruebas médicas realizadas		
Medicamento(s), si lo(s) hubiera		
Fecha en la que se diagnosticó la afección por primera vez		Fecha en la que vio a un médico por esta afección por última vez

Exención (rechazo de cobertura) GA-80124-SG

Manifiesto que he tenido la oportunidad de solicitar la cobertura de grupo disponible para mí y mis dependientes a través de mi empleador. Declaro que no he sido presionado ni forzado por parte de mi empleador, el agente de suscripción o Humana a renunciar a la cobertura (declinarla). Si he renunciado a cualquier cobertura ofrecida a mí o mis dependientes, mi firma a continuación es constancia suficiente de esta acción. Por la presente, renuncio a la cobertura por (marque todo lo que corresponda):

- Seguro médico para: Mi persona Mi cónyuge Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
- Seguro dental para: Mi persona Mi cónyuge Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
- Seguro de vida básico para: Mi persona Mi cónyuge Mi(s) hijo(s) dependiente(s)
- Seguro de protección de ingresos a corto plazo para: Mi persona

Rehúso a solicitar la cobertura de grupo debido a (marque todo lo que corresponda): Cobertura de mi cónyuge Complemento de Medicare Cobertura individual Cobertura según el plan de otra empresa aseguradora proporcionado por mi empleador Otro:

Entiendo y acepto que:

- En caso de que decida solicitar dicha cobertura más adelante, la solicitud posterior estará sujeta a los términos y condiciones pertinentes del(los) contrato(s) de grupo maestro o de las disposiciones del plan según se describen en la Descripción Resumida del Plan, lo cual puede exigir limitaciones y períodos de espera adicionales.
- Se me puede requerir que presente, a mi exclusivo costo y cargo, una constancia de estado de salud satisfactoria para Humana.
- Si rechazo la cobertura para mí o mis dependientes (incluido mi cónyuge) porque tengo otra cobertura, en el futuro puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes siempre que solicite la inscripción en los 31 días posteriores a la finalización de mi otra cobertura.
- Si tengo un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para la adopción, puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes siempre que solicite la inscripción en los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para la adopción.
- Humana se reserva el derecho a demorar la cobertura médica y/o a denegar la cobertura del seguro de vida o del seguro dental con cualquier solicitud futura de cobertura.

Contrato GA-80124-AA

Acuse de recibo veraz y completo

Entiendo, acepto y manifiesto que:

- He leído este documento o me lo han leído.
- Las respuestas proporcionadas en toda esta solicitud de cobertura son, a mi leal saber y entender, veraces y completas.
- Ni mi empleador ni el agente tienen la autoridad de evadir una respuesta completa a cualquier pregunta, determinar la cobertura o asegurabilidad, modificar ningún contrato u omitir ninguno de los demás derechos y requisitos de Humana.
- Si esta solicitud de cobertura es aceptada, la cobertura entrará en vigor en la fecha especificada por Humana en el certificado de cobertura/certificado de seguro.
- Cualquier tergiversación contenida en la presente en la que Humana se haya basado puede ser utilizada para reducir o denegar una reclamación, o anular el contrato dentro del período disputable si dicha tergiversación afectó materialmente a la aceptación del riesgo.
- La cobertura médica no será denegada debido al estado de salud.
- He recibido una copia de la guía de proveedores de plan y del documento de divulgación que incluye las reglas de limitación y cualquier acuerdo económico con los proveedores.

Por la presente, me inscribo para los beneficios para los cuales actualmente reúno los requisitos o para los cuales puedo reunir los requisitos en el futuro según el(los) contrato(s) de grupo de mi empleador. Si para esta cobertura se requiere alguna deducción, autorizo a realizar dichas deducciones de mis ingresos. Me reservo el derecho de revocar esta autorización de deducción en cualquier momento previa presentación por escrito de una notificación, a menos que haya optado por utilizar las deducciones antes de impuestos.

Este documento, junto con cualquier otro suplemento, formará parte de cualquier contrato y será la base de cualquier certificado de cobertura/certificado de seguro que se emita.

Autorización

Mis dependientes y yo autorizamos a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, centro de administración de veteranos, otro centro médico o relacionado con la medicina, Administrador de Beneficios de Farmacia, compañía de seguros, HMO o reaseguradora, al Medical Information Bureau, Inc., o a la Agencia de Informes al Consumidor (Consumer Reporting Agency) que tenga información con respecto a mí y a mis dependientes, incluida información relacionada con asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y atención de enfermedades físicas, psiquiátricas, mentales o emocionales, abuso de drogas, sustancias o alcohol o enfermedades relacionadas, y cualquier otra información no médica, a suministrar parcial o totalmente dicha información a Humana o a su representante legal.

Mis dependientes y yo entendemos y aceptamos que:

- La información obtenida por el uso de esta autorización puede ser utilizada por Humana para determinar si reúne los requisitos para cobertura o para beneficios según la política y administración de planes existentes.
- La información obtenida no será divulgada por Humana a ninguna persona ni organización excepto a las compañías reaseguradoras, al Medical Information Bureau, Inc. o a otras personas u organizaciones que realicen operaciones de atención médica o brinden servicios comerciales o legales relacionados con cualquier solicitud, reclamación o si se requiere por ley o si así lo autorizamos más adelante.
- Podemos solicitar recibir una copia de esta autorización.
- Una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
- Esta autorización tendrá una validez de dos años desde la fecha que aparece abajo.

Firma—firme abajo si se inscribe o si renuncia a la cobertura de grupo

Firma del empleado _____ Fecha _____

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

(si es un dependiente con cobertura)