

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 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)

Constancia de estado de salud **GA-80124-HS**

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

Complete esta sección para los empleados y dependientes que se inscriban para cobertura médica que sean afiliados de grupos de 2 a 9 solicitantes y personas que soliciten seguro de vida por encima del monto de emisión con garantía y todos los inscritos posteriores que soliciten cobertura del seguro de vida o protección de ingresos a corto plazo. **TODAS LAS PREGUNTAS, A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO, SE LIMITAN A LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.**

- 1. ¿Usted o alguno de los dependientes sigue actualmente algún tratamiento o toma medicamentos recetados? No Sí
- 2. ¿Usted o alguno de los dependientes ha sufrido alguna pérdida de peso inexplicable o fatiga en los últimos 12 meses? No Sí
- 3. ¿Usted o alguno de los dependientes ha recibido un diagnóstico o asesoramiento, ha realizado alguna consulta o ha sido tratado por alguna de las siguientes afecciones en los últimos 5 años:
 - a. dolor en el pecho; enfermedad cardíaca, de las arterias o los vasos sanguíneos; presión arterial alta o baja? No Sí
 - b. trastornos nerviosos, mentales o emocionales; convulsiones; epilepsia; pérdida del conocimiento? No Sí
 - c. asma u otra enfermedad pulmonar o de los órganos respiratorios? No Sí
 - d. cálculos renales; enfermedad de los riñones, la vejiga o los órganos sexuales masculinos o femeninos; o infertilidad? No Sí
 - e. cáncer y/o tumores cancerosos? (especifique el tipo; parte del cuerpo) No Sí
 - f. diabetes; enfermedad del hígado o del tiroides; o agrandamiento de los ganglios linfáticos? No Sí
 - g. trastornos del estómago, la vesícula, los intestinos o el colon? No Sí
 - h. artritis reumatoide o trastornos de la espalda? No Sí
 - i. flebitis, parálisis o alguna otra discapacidad o deformidad física? No Sí
 - j. alcoholismo o consumo de drogas, o ha sido miembro de Alcohólicos Anónimos? No Sí
- 4. ¿Usted o alguno de los dependientes ha recibido un diagnóstico o tratamiento por SIDA o complejo relacionado con el SIDA u otro trastorno del sistema inmunitario en los últimos 5 años? No Sí
- 5. ¿Usted o cualquiera de los dependientes ha sido hospitalizado o se la ha indicado que debe hospitalizarse; se ha sometido a una operación o se le ha indicado que debe someterse a una operación; ha tenido alguna lesión o enfermedad; ha recibido atención médica o asesoramiento médico o tratamiento durante los últimos 5 años por alguna razón no mencionada anteriormente? No Sí
- 6. ¿Usted o alguna de las dependientes está embarazada o se ha sometido a una cesárea? No Sí
- 7. Proporcione información de talla y peso de todos los solicitantes que se inscriben para la cobertura:

a. Nombre del empleado	Talla (pies / pulg.)	Peso
b. Nombre del cónyuge	Talla (pies / pulg.)	Peso
c. Nombre del dependiente	Talla (pies / pulg.)	Peso
d. Nombre del dependiente	Talla (pies / pulg.)	Peso
e. Nombre del dependiente	Talla (pies / pulg.)	Peso

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	

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 ni Humana a renunciar (declinar) a la cobertura. 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 de seguro de vida o 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)