

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 con letra de imprenta clara y rellene cada círculo donde corresponda.

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

Información del empleado

Apellido	Nombre	ISN
[Grid]	[Grid]	[Grid]
ID del afiliado	Nombre del empleador	
[Grid]	[Grid]	

Información del cambio de domicilio del empleado

Nueva dirección	Apto. / Suite / No. apartado postal	
[Grid]	[Grid]	
Ciudad	Estado	Código postal
[Grid]	[Grid]	[Grid]
Dirección de correo electrónico	No. de teléfono	
[Grid]	[Grid]	

Cambie o seleccione médico de atención primaria (sólo HMO y POS)

Médico de atención primaria del empleado	ID del médico	
Apellido del dependiente	Nombre	ISN
Médico de atención primaria del dependiente	ID del médico	

Cambie los planes o dependientes

- Cambie el plan de _____ a _____
Si opta por un plan HMO o POS, seleccione médico de atención primaria y anótelos arriba.
- Cambie el beneficio / la clase a: [Grid] [Grid]
No. de beneficio Clase/división
- Agregue un dependiente (complete el formulario de Información del dependiente y cualquier otro formulario de inscripción que corresponda)
- Elimine un dependiente (complete el formulario de Información del dependiente y cualquier otro formulario de inscripción que corresponda)
- Cancele la cobertura: [Grid]
Fecha de rescisión (MMDDAAAA)

Indique el evento determinante:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Recontratación | <input type="radio"/> Divorcio | <input type="radio"/> Nacimiento / adopción de un dependiente |
| <input type="radio"/> Separación legal | <input type="radio"/> El empleador del cónyuge finaliza la cobertura | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| <input type="radio"/> Cese de la contribución del empleador | <input type="radio"/> Fallecimiento del cónyuge | Fecha del evento determinante (MMDDAAAA) |
| <input type="radio"/> El cónyuge pasa de ser empleado a tiempo completo a empleado a tiempo parcial | <input type="radio"/> El cónyuge deja de tener empleo | [Grid] |

Cambie el beneficiario

Seguro de vida básico

Nombre del beneficiario principal

Nombre del beneficiario secundario

Seguro de vida voluntario

Nombre del beneficiario principal

Nombre del beneficiario secundario

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 este documento, 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 afecta 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 del empleado:

Fecha:

Firma del cónyuge:

Fecha:

(Si es un dependiente con cobertura)