

Anexo B
SOLICITUD ESTÁNDAR DE COLORADO PARA EMPLEADOS PARA PLANES DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA GRUPOS PEQUEÑOS

Este formulario está diseñado para la solicitud de cobertura inicial de un empleado. Comuníquese con su agente o con el administrador para determinar si este formulario debe usarse en otras situaciones una vez que el grupo esté inscrito con el administrador.

INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA				
Tipo de solicitud:	<input type="checkbox"/> Nueva cobertura	<input type="checkbox"/> Cambio/modificación a una póliza existente	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Inscripción especial*
Evento calificado de período de inscripción especial:				
<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Nacimiento/adopción/puesta en adopción <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha del evento: _____				

* Se requerirá comprobante de elegibilidad para la inscripción especial; hay información sobre los períodos de inscripción especial disponible en: <https://www.colorado.gov/pacific/dora/division-insurance> (cambie el idioma a español)

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombre del empleado:	Nombre del empleador:		
Fecha propuesta de entrada en vigor:		Número de grupo (si se conoce):	

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO	
Instrucciones para el empleado: escriba en computadora o en letra de imprenta con tinta negra o azul. Llene completamente la solicitud por cada persona para la que se busca adquirir cobertura.	

Nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:	
N.º de seguro social (SSN)/n.º de identificación del contribuyente (TIN)/n.º de identificación alternativo (ALT): No llenar este campo no será motivo para rechazar la solicitud de cobertura.		Fecha de nacimiento:	/ /	Edad actual:	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X
Dirección física:				Ciudad:	
Condado:		Estado:		Código postal:	
Dirección postal (si es diferente; puede ser un apartado postal):				Ciudad:	
Condado:		Estado:		Código postal:	
Teléfono particular:		Teléfono alternativo:		Correo electrónico:	Hogar Trabajo
¿Primer día de trabajo?		¿Cuántas horas, en promedio, trabaja cada semana?		Teléfono del trabajo:	
Usted es (seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Separado(a) legalmente <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Beneficiario designado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Beneficiario designado (es posible que el administrador solicite un certificado de unión civil o de beneficiario designado)					
¿Está usted en COBRA o en la continuación de la cobertura estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio: Fecha de terminación:					

Debe tenerse en cuenta que los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska tienen la capacidad amplia de inscribirse en planes de beneficios de salud individuales conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA).

Compártanos información sobre su raza. Esta información es confidencial y solo se usará para ayudarnos a mejorar el servicio que se brinda a todos los habitantes de Colorado. Usamos esta información para asegurar que todos obtengan un acceso equitativo a la cobertura. Brindar esta información no tendrá un impacto en su elegibilidad, en las opciones de planes ni en los costos.

¿De qué raza es? (Seleccione todas las opciones que correspondan) (opcional)

Indígena estadounidense/Nativo de Alaska Asiático/Asiático-estadounidense Negro/Afroamericano Hispano/Latino

Proveniente del Medio Oriente/Norte de África Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Blanco/Europeo

No se encuentra en la lista u otro: _____ Prefiero no responder

TIPO DE COBERTURA DE SALUD				
Haga una lista de todos los dependientes (cónyuge/pareja e hijos) que solicitan la cobertura. Si necesita más espacio, use una hoja de papel adicional y adjúntela a esta solicitud (escriba en letra de imprenta su nombre, firme y ponga la fecha en la hoja adicional).				
Seleccione el tipo de cobertura de seguro médico que solicita:	<input type="checkbox"/> Solo para el empleado	<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado e hijo	<input type="checkbox"/> Empleado y familia
Nombre del plan que seleccionó: _____				

Información de los dependientes: lista de todos los dependientes que contarán con cobertura					
Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	N.º de SSN/TIN/identificación ALT (puede dejarlo en blanco):	Género	Parentesco	Discapacidad S/N	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X	CÓNYUGE/PAREJA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del empleado:	Nombre del empleador:
----------------------	-----------------------

TABAQUISMO

Responda las siguientes preguntas a su leal saber y entender. Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), sección 147.102(a)(1)(iv) "Para los propósitos de esta sección, el consumo de tabaco significa consumir tabaco, en promedio, cuatro o más veces a la semana dentro de un período que no exceda los últimos seis meses. Esto incluye todos los productos de tabaco, excepto el consumo de tabaco que sea para fines religiosos y ceremoniales. Además, el consumo de tabaco se define según el momento en el que haya consumido tabaco por última vez".

¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud consumió tabaco o tabaco que no produce humo durante los últimos seis meses? Si la respuesta es "Sí", proporcione la información que se solicita a continuación.

Nombre de la persona	Productos de tabaco consumidos
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

RENUNCIA A LA COBERTURA DEL EMPLEADO/DEPENDIENTE

Llene esta sección SOLO si usted no se está inscribiendo ni a su cónyuge/pareja o dependientes. Todos los dependientes deben llenar la renuncia para poder ser elegibles para inscribirse en este plan en caso de que cambien las circunstancias. Yo entiendo que soy elegible para solicitar la cobertura de salud de grupo a través de mi empleador. Yo NO quiero y, en consecuencia, renuncio a la cobertura de salud de grupo, para:

	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)
Empleado		
Cónyuge/Pareja		
Dependiente 1		
Dependiente 2		
Dependiente 3		
Dependiente 4		
Dependiente 5		
Dependiente 6		

Estoy renunciando a la cobertura de salud de grupo para mí o para los dependientes antes mencionados porque (marque todas las opciones que correspondan; es posible que se necesite copia de la tarjeta de identificación):

<input type="checkbox"/>	Tengo cobertura otorgada por la póliza de grupo de mi cónyuge/pareja
<input type="checkbox"/>	Mi cónyuge/pareja tiene cobertura dada por otro plan (incluido este plan, si el cónyuge/pareja también es empleado)
<input type="checkbox"/>	Mis dependientes están cubiertos por otro plan
<input type="checkbox"/>	Prefiero continuar con otra cobertura que me da un plan individual o Medicare
Otra (explique):	

RENUNCIA: certifico que me han dado la oportunidad de solicitar la cobertura de salud de grupo y rechazo inscribirme como lo indiqué anteriormente, en mi nombre y en nombre de mi cónyuge/pareja y mis hijos dependientes. Entiendo que, al firmar esta renuncia, yo, mi cónyuge/pareja y mis hijos dependientes perdemos el derecho a la cobertura. No estuve bajo presión ni fui forzado o inducido de manera injusta por mi empleador, el agente o el administrador para renunciar o rechazar la cobertura de salud de grupo. Si en el futuro solicito la cobertura, yo, mi cónyuge/pareja o cualquiera de mis hijos dependientes seremos tratados como si hubiéramos hecho una inscripción tardía y estaremos sujetos a que la cobertura se posponga hasta por 12 meses.

Entiendo que, al rechazar la inscripción para mí, mi cónyuge/pareja o mis hijos dependientes debido a que tenemos otra cobertura de salud, es posible que en el futuro pueda inscribirme a mí mismo, a mi cónyuge/pareja o a mis hijos dependientes en este plan, de conformidad con lo establecido en la ley, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 30 días siguientes a la terminación de mi otra cobertura de salud o a que ocurra un evento que me dé ese derecho. Si no solicito la inscripción dentro de los 30 días siguientes a los eventos mencionados, entiendo que no voy a tener la posibilidad de inscribirme para obtener la cobertura hasta que llegue el período de Inscripción Abierta de mi empresa. Entiendo que puedo obtener información relacionada con mi elegibilidad para la inscripción de parte de mi empleador o del administrador del grupo pequeño de salud.

Firma del empleado: _____ Fecha de la firma: _____

Nombre del empleado:		Nombre del empleador:	
CERTIFICADO DE COBERTURA DE SEGURO DENTAL No se requiere certificado de cobertura de seguro dental al comprar cobertura por medio de Connect for Health Colorado o en el caso de los consumidores sin hijos menores de diecinueve años (19).			
La cobertura dental pediátrica es un beneficio de salud esencial necesario. Es posible que el plan que seleccione no incluya cobertura dental pediátrica. ¿Tiene cobertura dental pediátrica en otro plan?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nota: Es posible que se le solicite que proporcione un comprobante que demuestre que obtuvo la cobertura antes de que se aprobara esta póliza.	
TÉRMINOS: CONDICIONES, DIVULGACIÓN			

Reconozco que he leído todas las secciones de esta Solicitud estándar de Colorado para empleados para cobertura de salud de grupo de empleador pequeño (Solicitud) y certifico en nombre de mis dependientes familiares elegibles y de mí mismo que las respuestas contenidas en esta Solicitud son completas y precisas a mi leal saber y entender. Entiendo y acuerdo que ni mi empleador ni ninguno de los agentes de seguros tienen autoridad para exonerarme de responder cualquier pregunta, acordar lo que es asegurable, alterar cualquier contrato o anular cualquier otro derecho o requerimiento del administrador del pequeño empleador de Colorado.

Por medio del presente solicito mi inscripción y la de los dependientes elegibles enumerados de mi familia. En nombre de los dependientes elegibles de mi familia y en mi nombre, estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones de los contratos de grupo con el administrador del pequeño empleador de Colorado, de conformidad con los cuales deseo inscribirme para obtener cobertura. He indicado en esta solicitud, si se requiere, qué productos o proveedores he seleccionado. Estoy de acuerdo en que la cobertura no será efectiva sino hasta la fecha especificada por el administrador del pequeño empleador de Colorado con quien me inscribo, después de que dicho administrador acepte la presente solicitud.

Entiendo y acepto que la información obtenida en relación con esta solicitud será utilizada por el administrador del pequeño empleador de Colorado para determinar la elegibilidad para la cobertura.

Es ilegal proporcionar intencionalmente hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un administrador de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar al administrador. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro e indemnizaciones civiles. Todo administrador de seguros o agente de un administrador de seguros que proporcione a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un demandante con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de una póliza o al demandante con respecto a una liquidación o indemnización pagadera con los fondos del seguro será denunciado ante la División de Seguros de Colorado, una entidad que pertenece al Departamento de Agencias Reguladoras.

En caso de que corresponda, autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos los aportes necesarios para cubrir el costo de la cobertura.

Estoy de acuerdo con las disposiciones de los contratos de grupo aplicables para la solución de desacuerdos y controversias, incluido el arbitraje, cuando se requiera y la ley lo permita. Consulte las disposiciones sobre arbitraje en los contratos de grupo.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta solicitud. Acepto que una copia fotográfica de esta solicitud será tan válida como la original. Una firma facsímil legible tendrá el mismo valor y efecto que la original. Este documento se convertirá en parte del contrato cuando se apruebe y emita la cobertura.

LA LEY DE SEGUROS DE COLORADO EXIGE QUE TODOS LOS ADMINISTRADORES EN EL MERCADO DE GRUPOS PEQUEÑOS EMITAN CUALQUIER PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD APLICABLE QUE COMERCIALICEN EN COLORADO A CUALQUIER EMPLEADOR PEQUEÑO QUE SOLICITE EL PLAN Y ACEPTÉ REALIZAR LOS PAGOS REQUERIDOS DE LAS PRIMAS, ASÍ COMO QUE CUMPLA LAS DEMÁS DISPOSICIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD.

Este documento es una publicación de la División de Seguros de Colorado. Si tiene preguntas sobre el contenido de este documento, comuníquese con nuestras oficinas al 303-894-7499 o visite nuestro sitio web en <http://www.colorado.gov/pacific/dora/division-insurance> (cambie el idioma a español). Si tiene preguntas sobre su cobertura o inscripción, consulte a su empleador.

Firma del empleado: _____ Fecha de la firma: _____