

Formulario de Inscripción para Empleados



Cobertura: Sólo para empleado Empleado + Cónyuge Empleado + Hijo Familia
 Plan Option: HMO POS Choice CDHP (with HRA) HDHP Otro
 HDHP con HSA (Health Savings Account administrado por HealthEquity) *HSA, FSA, DCFSA administered by HealthEquity

Información del Empleador

Nombre del empleador Grupo/# División Fecha inicial Fecha de vigencia de cobertura
 Estado laboral: Activo Jubilado Si está en **COBRA** no tiene que completar esta forma – el empleado deberá llenar una solicitud por separado para **COBRA**

Datos del Empleado

Apellido Nombre 2do Nombre -iniciales- Seguro Social Fecha de nacimiento Masculino o femenino
 Dirección # apt. Ciudad Estado Código postal soltero casado
 Tel. casa Tel. empleo Ocupación Estado civil
 Etnia (opcional) Vea indicaciones abajo Idioma preferido (opcional) Nombre y # del PCP de AvMed
 ¿Tiene cobertura del Medicare? Sí No Si respondió "sí", ¿Cómo? + de 65 años Discapacitado(a)

Datos de sus dependientes (si necesita mas espacio adjunte una hoja en blanco con los mismos datos, incluya la fecha y su firma)

Relación Vea indicaciones abajo	Apellido	Nombre, Inic. 2do nombre	# SS	Fecha de nacimiento	Masc. o Fem.	Nombre y # del PCP de AvMed	Etnia (opcional) Vea indicaciones abajo

Relación con usted: **CO** = cónyuge, **CD** = compañero doméstico, **HI** = hijo, **HA** = hijastro, **NI** = nieto
 Etnia: **1)** Afroamericano **2)** Amerindio **3)** Asiático **4)** Negro **5)** Hispano **6)** Blanco **7)** Otro

Si está casado(a), ¿su cónyuge tiene un empleo? Sí No ¿Su cónyuge tiene la cobertura de otro plan médico? Sí No
 Nombre del empleador de su cónyuge: Nombre del plan médico de su cónyuge:
 ¿Su cónyuge tiene cobertura del Medicare? Sí No Si contestó "sí", ¿Cómo? + de 65 años Discapacitado(a)

Nota: Todos los hijos dependientes con derecho a cobertura tienen que reunir los requisitos indicados en el Contrato de Grupo y el empleado deberá proporcionar los documentos necesarios para probar ese derecho hasta que cumpla la edad máxima de cobertura estipulada en el contrato. Si los dependientes tienen un apellido diferente al del empleado, debe adjuntar copia de los documentos legales que demuestren su estado de dependencia.

EL EMPLEADO DEBE INDICAR LA FECHA Y FIRMAR LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Por este medio solicito participar en el Plan de Grupo de mi empleador. Esta solicitud y todas las selecciones y autorizaciones estarán vigentes hasta que yo autorice cambios por escrito. Autorizo a mi empleador a que deduzca de mi salario la contribución necesaria para la cobertura solicitada. Certifico que toda la información en este formulario es verdadera según mi leal saber y entender. Comprendo que todos los beneficios, tanto para mí como para mis dependientes con derecho a cobertura, serán proporcionados de acuerdo con el plan. Acepto las condiciones que rigen la inscripción en el plan y los servicios proporcionados por el mismo. He leído esas condiciones y estoy de acuerdo con ellas, según se indica abajo. Comprendo que, según las leyes de Florida, cualquier persona que a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar, o engañar a una aseguradora, que presente una declaración, reclamación, o solicitud que contenga información falsa o incompleta, es culpable de un delito de tercer grado.

Autorizo a cualquier médico, practicante médico, hospital, clínica u otro centro médico, o a una compañía aseguradora o reaseguradora a que le divulgue a AvMed Health Plans toda la información referente a mí o a mis dependientes, siempre que esos expedientes se hayan establecido cuando me inscribí en AvMed. En esta autorización están incluidos los expedientes psiquiátricos y de abuso de sustancias, así como las revisiones concurrentes como paciente interno(a).

Comprendo que cualquier disputa con AvMed Health Plans estará sujeta al Procedimiento de Quejas, de acuerdo con las disposiciones del Contrato de Servicios Médicos y Hospitalarios de Grupo. Comprendo que los documentos de AvMed (Certificado de Cobertura, Descripción Resumida del Plan, Enmiendas y Lista de Beneficios) determinarán los derechos y las responsabilidades de los Afiliados y prevalecerán en caso de un conflicto relacionado con cualquier comparación de beneficios, resumen u otros datos descriptivos del plan.

Firma del Empleado	Fecha: / /
Firma del Empleador / Administrador	Fecha: / /