



Wisconsin Physicians Service Insurance Corporation/Delta Dental of Wisconsin/WPS Health Plan, Inc., (“Aseguradora”) o administrador de terceros (“TPA”) NO garantiza la aprobación de esta solicitud para ninguna persona, ni la emisión de una póliza. Cuando lo complete, envíe por correo esta solicitud a la dirección que se muestra en la página 4.

Sección 1 - Información del empleador (la debe completar el empleador)												
Nombre del empleador												
Número de grupo			Subgrupo		Clase		Departamento					
Sección 2 – Información del empleado												
Nombre				Inicial del segundo nombre		Apellido						
Dirección postal					N.º de apartamento o suite		Número del Seguro Social					
Ciudad						Estado		Código postal				
Teléfono durante el día				Correo electrónico				Fecha de nacimiento				
Sexo		Estado civil			Fecha de inicio del empleado		Horas trabajadas por semana					
Masculino Femenino		Soltero Casado Divorciado Viudo										
Raza u origen étnico:				¿Cuál es el idioma principal que se habla en su casa?								
Caucásico/blanco		Afroamericano/negro		Inglés		Albano		Árabe		Chino	Francés	
Nativo o Indio americano		Nativo de Alaska		Alemán		Miao		Coreano		Laosiano		Holandés de Pensilvania
Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		Hispano o latino		Polaco		Ruso		Español		Tagalo		Vietnamita
Dos o más razas		Asiático										
Otro: _____		Del sudeste de Asia		Otro: _____								
WPS tiene el compromiso de apoyar un ambiente ecológico. Las comunicaciones que recibe de nosotros estarán disponibles en su cuenta de cliente en línea.												
Sección 3 – Razón de la solicitud												

Empleado nuevo Recién inscrito en el grupo

Recién inscrito debido a una inscripción abierta anual (**la solicitud se debe recibir antes de la fecha de cumpleaños del titular de la póliza**)

Inscripción especial debido a: **Proporcione la fecha del evento calificado:** _____

 Pérdida involuntaria de la cobertura esencial mínima por cualquier otra razón que no sea fraude, falsa declaración intencional de un hecho importante o la falta de pago de la prima.

 Matrimonio

 Nacimiento

 Adopción o colocación para adopción, o nombramiento de un tutor

 Otro: _____

COBRA-Razón: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Agregar dependientes

Cambio de: _____ a _____ Fecha de vigencia: _____

Cambio de plan de beneficios: actual _____ Cambio a: _____

Cambio de opción de la red: actual _____ Cambio a: _____

Cambio de PCP: Indique qué miembros cubiertos están cambiando de PCP y la información del nuevo PCP en la sección 6.

Eliminación de la cobertura (Explique): _____

Otro, explique: _____

Sección 4 – Tipo de cobertura solicitada

Tipo de cobertura	Enviar una solicitud para	Renuncia/renuncia de la cobertura para
Cobertura de seguro médico de grupo WPS	Mi Mi cónyuge Mis dependientes	Mi Mi cónyuge Mis dependientes
Cobertura de seguro dental grupal Dental PPO (Suscrito por Delta Dental)	Mi Mi cónyuge Mis dependientes	Mi Mi cónyuge Mis dependientes

Sección 5 – Información de inscripción del solicitante

Complete la siguiente información para todos los familiares que están solicitando cobertura. Si necesita más espacio, adjunte una hoja por separado con la información completa.

Nombre del cónyuge/dependiente		Sexo	Número del Seguro Social	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento
Nombre	Inicial del segundo nombre	Masculino			
Apellido		Femenino			
Nombre	Inicial del segundo nombre	Masculino			
Apellido		Femenino			
Nombre	Inicial del segundo nombre	Masculino			
Apellido		Femenino			
Nombre	Inicial del segundo nombre	Masculino			
Apellido		Femenino			
Nombre	Inicial del segundo nombre	Masculino			
Apellido		Femenino			

Sección 6 - Información de los médicos de atención médica primaria - Para el plan médico WPS HMO y los planes POS solamente

Seleccione un proveedor de atención médica primaria (PCP) para usted, su cónyuge y cada dependiente que esté solicitando cobertura. Si necesita más espacio, adjunte una hoja por separado con la información completa.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Proveedor de atención médica primaria	Clínica	Lugar

Sección 7A – Información médica

1. **Discapacidad total.** ¿Alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud está discapacitada ahora o no puede hacer un trabajo normal o actividades relacionadas con la edad? Sí No

Si es así, identifique los nombres, las condiciones médicas, las fechas de la discapacidad y el nombre y la dirección del médico tratante:

2. Durante los últimos seis meses, ¿alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud que sea mayor de 21 años utilizó tabaco regularmente (cuatro o más veces a la semana en promedio)? Sí No

Si la respuesta es sí, mencione qué solicitantes:

Sección 7B – Información médica – Cuestionario de salud

NO COMPLETE ESTA SECCIÓN SI SE ESTÁ INSCRIBIENDO COMO NUEVA CONTRATACIÓN O MIEMBRO TARDÍO EN UN PLAN EXISTENTE. Si se está inscribiendo para la cobertura como parte de un nuevo grupo, complete la subsección correspondiente más abajo conforme al número de empleados inscritos en el plan grupal. Tenga en cuenta que: es necesario que envíe a la Aseguradora o TPA cualquier cambio o dependientes en su familia, historial médico de cualquier familiar que ocurra antes de que reciba nuestras decisiones de suscripción por escrito respecto a esta solicitud.

1. Grupos con más de 250 empleados inscritos

¿Alguna de las personas que se menciona en esta solicitud está siendo considerada para, está en una lista o ha sido programada para un trasplante? Sí No

2. Grupos con 26 a 249 empleados inscritos

- a. Durante los últimos 24 meses, ¿alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud consultó, recibió tratamiento, recibió una receta médica de un médico, psiquiatra, psicólogo u otro proveedor de atención médica para un medicamento, o fue diagnosticado con: (a) cáncer, (b) apoplejía, (c) diabetes, (d) enfermedad vascular o del corazón, (e) esclerosis múltiple, (f) enfermedad muscular o sistémica (como artritis o lupus), (g) trasplante, (h) trastorno intestinal, del pulmón, del riñón o del hígado (excepto resultados de pruebas genéticas), (i) trastorno sanguíneo o (j) síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o complejo relacionado con el SIDA (ARC)? (Las pruebas de SIDA recibidas en lugares de pruebas y orientación anónimos o a través de kits de prueba en casa no se deben revelar. *No buscamos los resultados de una prueba de anticuerpos de VIH*). Sí No
- b. ¿Usted o alguna de las dependientes (incluso si no se menciona en la solicitud) está embarazada o en los últimos 12 meses le han informado que es necesario o está pendiente una hospitalización, operación o tratamiento? (Si la respuesta es sí, la fecha esperada del parto es) Sí No
- c. ¿Usted o alguno de los dependientes que se mencionan en esta solicitud toma actualmente algún medicamento con receta médica? Sí No

3. Grupos con 2 a 25 empleados inscritos

- a. ¿Está usted o alguna de las otras dependientes (incluso si no se menciona en la solicitud) embarazada actualmente? Sí No
(Si la respuesta es sí, la fecha esperada del parto es: _____)
- b. ¿Alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud toma actualmente algún medicamento recomendado o recetado por un médico u otro proveedor de atención médica? Sí No
- c. ¿A alguna de las personas que se menciona en esta solicitud un médico o un proveedor de atención médica le recomendó o recetó algún medicamento durante los últimos 12 meses? Sí No
- d. ¿Alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud recibió un diagnóstico profesional de Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o complejo relacionado con el SIDA (ARC)? No es necesario revelar las pruebas de SIDA recibidas en lugares de pruebas u orientación anónima o por medio de kits de prueba en casa. No buscamos los resultados de una prueba de anticuerpos de VIH. Sí No
- e. Durante los últimos cinco años, ¿alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud ha estado hospitalizada o se le ha programado una hospitalización; ha tenido una operación o se le ha programado una operación; se le ha hecho o programado alguna prueba; o se le ha recomendado una prueba u operación que no se haya hecho por alguna razón que no se haya mencionado ya? Sí No
- f. Durante los últimos cinco años, ¿alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud ha recibido consejería, ha consultado o ha sido tratada por alguna de las siguientes condiciones médicas: (1) trastorno o enfermedad del corazón; (2) apoplejía; (3) trastorno circulatorio; (4) presión arterial alta; (5) diabetes; (6) trastorno del tejido conectivo; (7) alergias; (8) asma; (9) enfisema; (10) senos paranasales; (11) trastorno o enfermedad nasal o de los pulmones; (12) úlceras; (13) trastorno estomacal o intestinal; (14) trastorno de la tiroides; (15) trastorno suprarrenal; (16) agrandamiento de los nodos linfáticos; (17) trastorno menstrual o ginecológico; (18) infertilidad; (19) disfunción sexual; (20) artritis; (21) trastorno en la espalda, articulaciones o músculos; (22) trastorno en los oídos, piel u ojos; (23) cáncer; (24) tumor; (25) crecimiento anormal; (26) trastorno del sistema nervioso (incluyendo déficit de atención y trastornos psicológicos y esclerosis múltiple); (27) dolores de cabeza; (28) convulsiones; (29) epilepsia; (30) hepatitis; (31) trastorno hepático; (32) trastorno del riñón, la vejiga o la próstata; (33) hernia; (34) trastorno rectal; (35) anemia; (36) trastorno de la sangre; (37) el uso de alcohol, productos químicos o drogas (se le ha recomendado dejar o reducir su uso); o (38) trasplante. Sí No Si la respuesta es sí, indique cuáles de las condiciones médicas usando los números correspondientes de arriba:

4. En los espacios de abajo, enumere los medicamentos y proporcione toda la información de las preguntas para las que respondió "sí" arriba. Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel por separado.

Pregunta n.º	Familiar	Fecha del tratamiento	Identifique el medicamento, la condición médica, la duración, el tratamiento y el grado de recuperación	Nombre/dirección del médico tratante

Sección 8 – Información de otra cobertura médica y Medicare

¿Alguna de las personas que está solicitando cobertura tiene actualmente otra cobertura médica individual o grupal? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione la información de la cobertura más abajo. Si necesita más espacio, adjunte una hoja por separado con la información completa.

Información del titular de la póliza	Nombre, dirección y teléfono de la aseguradora Tipo de plan	Número de póliza	Tipos de cobertura	Fecha de vigencia de la cobertura
Nombre: _____ Empleado Cónyuge			Soltero Familia	
Fecha de nacimiento: _____			COBRA	Fecha de vigencia de COBRA: Fecha de terminación de COBRA:
Nombre: _____ Empleado Cónyuge			Soltero Familia	
Fecha de nacimiento: _____			COBRA	Fecha de vigencia de COBRA: Fecha de terminación de COBRA:

¿Es usted o alguno de sus familiares elegible para Medicare? Sí No

Si la respuesta es sí, complete esto o adjunte una copia de su tarjeta de Medicare.

Nombre de la persona cubierta por Medicare: Número de tarjeta de Medicare: _____

La elegibilidad para Medicare se debe a: Mayor de 65 años Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) Discapacidad total

Fechas de vigencia: Parte A: _____ Parte B: _____ Parte C Medicare Advantage: _____ Parte D: _____

Sección 9 – Renuncia a la cobertura médica

Si alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud está renunciando o rechazando alguna cobertura, indique su nombre y verifique la razón por la que está renunciando o rechazando:

Nombre de las personas que están renunciando/rechazando: _____

Estoy cubierto o estaré cubierto bajo otro plan que no sea patrocinado por mi empleador.

Mis dependientes están cubiertos o estarán cubiertos bajo otro plan que no sea patrocinado por mi empleador.

Otro:

Renuncia: Certifico que me dieron la oportunidad de pedir cobertura grupal y rechacé inscribirme según se indica en mi nombre o en nombre de mis dependientes. Entiendo que con mi firma en esta renuncia, yo o mis dependientes renunciamos al derecho a la cobertura.

Entiendo que si rechazo la inscripción para mí o mis dependientes (incluyendo mi cónyuge) debido a otra cobertura médica, en el futuro es posible que pueda inscribirme yo o a mis dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción en un plazo de 31 días después de que finalice mi cobertura. Además, si tengo un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, entiendo que puedo inscribirme yo y mis dependientes, siempre que solicite la inscripción en un plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento o adopción. Además, entiendo que, aparte de estos eventos de calificación, si se presenta este formulario después del período de inscripción, no puedo inscribirme hasta el próximo período de inscripción anual, si corresponde.

FIRMA DEL EMPLEADO (necesaria si está renunciando a la cobertura)

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FECHA

Sección 10 – Aviso de derechos a una inscripción especial para la cobertura médica

Si está rechazando la inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan médico grupal, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la cobertura (o si el empleador dejó de aportar a su otra cobertura o la de sus dependientes).

Los eventos de pérdida de la cobertura incluyen, entre otros: (a) la persona ya no vive, reside o trabaja dentro del área de servicio de su HMO, el HMO no da cobertura por esa razón y no hay otra cobertura bajo el plan para la persona; (b) un dependiente pierde su estado de dependiente porque alcanza una edad en particular; (c) el plan ya no proporciona ningún beneficio a una clase de personas con situación similar (como si el plan termina la cobertura para todos los trabajadores a tiempo parcial); y (d) la opción de un paquete de beneficios termina o el emisor deja de operar en el mercado del grupo.

Sin embargo, debe pedir la inscripción en un plazo de 31 días (o 60 días para la elegibilidad para Medicaid, nacimiento o adopción de un hijo) después de que su otra cobertura o la de sus dependientes finalice (o después de que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y otros dependientes. Sin embargo, debe pedir la inscripción en un plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Este aviso es únicamente con fines informativos y le informa sobre sus derechos de inscripción especial.

Sección 11 - Términos y condiciones

Por este medio me inscribo para la cobertura bajo esta cobertura del seguro para la que soy elegible actualmente, o para la que pueda volverme elegible. Entiendo y acepto que la información obtenida al utilizar esta Solicitud será usada por la Aseguradora o TPA para determinar la elegibilidad para los beneficios. Yo, en mi nombre, en nombre de mi cónyuge y de mis hijos dependientes, en su caso, nombrados aquí, acepto colaborar en proporcionar a la Aseguradora o a TPA la información necesaria para procesar esta Solicitud.

Si es necesario hacer alguna deducción de nómina para esta cobertura, autorizo dichas deducciones de mis ingresos. Me reservo el derecho a revocar esta autorización de deducción en cualquier momento mediante un aviso por escrito al empleador.

No se debe enviar una solicitud más de 45 días antes de la fecha de vigencia. Este documento se convertirá en parte del contrato de seguro cuando se apruebe y emita la cobertura.

Afirmo que leí y completé toda la solicitud. Si recibí ayuda para leer o completar esta Solicitud, identifiqué en el espacio que se incluye abajo a las personas que me dieron dicha asistencia. Además, acepto que la Aseguradora o TPA no es responsable de ninguna declaración, representación u otra información que se me haya proporcionado a mí, a mi cónyuge o a mis hijos dependientes que no se incluya expresamente en un documento por escrito proporcionado por la Aseguradora o TPA y que haya sido firmado por un representante autorizado de la aseguradora o de TPA. Acepto que ningún seguro entrará en vigencia hasta la fecha que especifique la compañía en la póliza después de que esta solicitud haya sido aceptada. También comprendo que si declino cualquier cobertura, los cambios futuros en la cobertura NO son automáticos y pueden estar sujetos a la aprobación de la Aseguradora o de TPA.

Nombre de la persona que proporciona ayuda (si corresponde): _____

Sección 12 – Reconocimiento y firmas

Reconozco que:

- Esta solicitud pasa a formar parte de mi Contrato de cobertura de seguro médico.
- Las firmas que se muestran más adelante me permiten a mí, a mi cónyuge/pareja doméstica revelar a la Aseguradora o a TPA la información de cualquiera de las personas que se indican en los documentos de mi solicitud del plan Familiar o Individual.
- Según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA), la Aseguradora o TPA, sin mi autorización, pueden revelar solamente información limitada sobre mi selección de un plan a mi cónyuge/pareja doméstica, hijos adultos/menores, productor o a cualquier otra persona.
- La Aseguradora o TPA puede recopilar, usar o revelar la información personal no pública de las personas que se indican en esta solicitud según sea exigido o permitido por la ley y a hacer las funciones comerciales de rutina, como determinar la elegibilidad para la inscripción, revisar los períodos de espera de la cobertura anterior, pagar reclamos y, si es apropiado, coordinar los beneficios y cumplir otras obligaciones legales que se especifican en mi Contrato de cobertura de seguro médico.
- He leído y acepto los Términos y condiciones (Sección 10) que se incluyen con esta solicitud.

Declaro que, según mi leal saber, toda la información que proporcioné con esta solicitud es verdadera y completa, y que todas las personas para quienes estoy solicitando inscripción son elegibles para la cobertura. Entiendo que si hice declaraciones falsas o engañosas intencionalmente en nombre propio o de cualquiera de los familiares, se puede cancelar el Contrato de cobertura de seguro médico de forma retroactiva a su fecha de vigencia. Además entiendo que es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa con el propósito de obtener fraudulentamente la cobertura médica. Las penalizaciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios.

Documentación: Estoy adjuntando toda la documentación necesaria, incluyendo, si corresponde, la documentación para inscribirse debido a un evento calificado especial. Cualquier información faltante podría retrasar el procesamiento de mi solicitud. Para obtener más información de los requisitos del período de inscripción especial, visite wpshealth.com.

Firma: Esta solicitud fue firmada por mí y mi cónyuge/pareja doméstica, si corresponde.

Si no soy el solicitante principal, soy el:

Padre/madre

Titular del poder notarial (adjuntar la documentación legal)

Tutor (adjuntar la documentación legal)

Firma del solicitante principal (padre/madre/tutor): _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge/pareja doméstica/dependiente (si corresponde): _____ Fecha: _____

Enviar por correo a:

WPS

P.O. Box 21341 • Eagan, MN 55121

Llamar al: 888-915-5618

Visite: wpshealth.com