



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 la complete, envíe por correo esta solicitud a la dirección que se muestra en la página 5.

| <b>Sección 1: Información del empleador (la debe completar el empleador)</b>   |  |   |                              |                             |                     |
|--|--|---|------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Nombre del empleador   |  |   |                              |                             |                     |
| Número de grupo  |  | Subgrupo  | Clase                        | Departamento                |                     |
| <b>Sección 2: Información del empleado</b>   |  |   |                              |                             |                     |
| Nombre   |  | Inicial del segundo nombre                            | Apellido                     |                             |                     |
| Dirección postal   |  |   | N.º de apartamento o suite   | Número de Seguro Social     |                     |
| Ciudad   |  |   |                              | Estado                      | Código postal       |
| Teléfono durante el día  |  | Dirección de correo electrónico                       |                              |                             | Fecha de nacimiento |
| Sexo<br>Hombre    Mujer  | Estado civil<br>Soltero    Casado    Divorciado    Viudo |   | Fecha de inicio del empleado | Horas trabajadas por semana |                     |
| Raza u origen étnico:  |  | ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su casa? |                              |                             |                     |
| Caucásico/blanco   | Hispano o latino   | Inglés  | Albano                       | Árabe                       | Chino               |
| Afroamericano/negro  | Nativo de Hawái o  | Alemán  | Miao                         | Coreano                     | Laosiano            |
| Indio americano o  | Isleño del Pacífico                                      | Polaco  | Ruso                         | Español                     | Tagalo              |
| Nativo de Alaska   | Asiático del sureste                                     | Otro:   | Vietnamita                   |                             |                     |
| Asiático   | Dos o más razas  |   |                              |                             |                     |
| 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. |  |   |                              |                             |                     |
| <b>Sección 3: Razón de la solicitud</b>  |  |   |                              |                             |                     |

Nuevo empleado                      Nuevo inscrito de grupo

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

Inscripción especial debido a:      **Dé la fecha del evento que lo haga calificar:** \_\_\_\_\_

    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

Cambiar: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Cambio de plan de beneficios: Actual: \_\_\_\_\_ Cambio a: \_\_\_\_\_

Cambio de opción de la red: Actual: \_\_\_\_\_ Cambio a: \_\_\_\_\_

Cambio de PCP: Diga 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  | Solicitud para                           | Renuncia/declinación de la cobertura para |
|--|--|---|
| Cobertura de seguro médico de grupo<br>WPS                                       | Propia<br>Mi cónyuge<br>Mis dependientes | Propia<br>Mi cónyuge<br>Mis dependientes  |
| Cobertura de seguro dental de grupo<br>Dental PPO<br>(Suscrito por Delta Dental) | Propia<br>Mi cónyuge<br>Mis dependientes | Propia<br>Mi cónyuge<br>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 de 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 proveedores 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**

- 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 la respuesta es Sí, identifique los nombres, las condiciones médicas, las fechas de la discapacidad y el nombre y la dirección del médico de atención directa.
- Durante los últimos seis meses, ¿alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud que sea mayor de 21 años de edad consumió 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 abajo conforme al número de empleados inscritos en el plan de grupo. Tenga en cuenta que: es necesario que envíe a la Aseguradora o TPA cualquier cambio o dependientes en su familia, historia médica 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 mencionadas en esta solicitud consultó, recibió tratamiento, recibió una receta de un médico, psiquiatra, psicólogo u otro proveedor de atención médica para un medicamento, o fue diagnosticada con: (a) cáncer, (b) derrame cerebral, (c) diabetes, (d) enfermedad vascular o del corazón, (e) esclerosis múltiple, (f) enfermedad muscular o sistémica (como artritis o lupus), (g) trasplante, (h) trastorno del hígado, riñón, pulmón o intestinal (excepto resultados de pruebas genéticas), (i) trastorno sanguíneo o (j) 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
- 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?      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 enfermedades del corazón; (2) derrame; (3) trastorno circulatorio; (4) presión 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 ganglios 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) consumo de alcohol, productos químicos o drogas (se le ha recomendado dejar o reducir su consumo); 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, mencione los medicamentos y dé 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, su duración, el tratamiento y el grado de recuperación | Nombre/dirección del médico de atención directa |
|--------------|----------|-----------------------|---|---|
|              |          |                       |   |   |
|              |          |                       |   |   |
|              |          |                       |   |   |
|              |          |                       |   |   |

**Sección 8: Información de otra cobertura médica y Medicare**

¿Alguna de las personas que está solicitando cobertura tiene actualmente otra cobertura médica individual o de grupo?      Sí      No  
Si la respuesta es sí, dé 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: _____<br>Empleado      Cónyuge<br>Fecha de nacimiento: _____ |   |                  | Individual Familiar |   |
|  |   |                  | COBRA               | Fecha de vigencia de COBRA:<br>Fecha de terminación de COBRA: |
| Nombre: _____<br>Empleado      Cónyuge<br>Fecha de nacimiento: _____ |   |                  | Individual Familiar |   |
|  |   |                  | COBRA               | Fecha de vigencia de COBRA:<br>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, dé su nombre y verifique la razón por la que está renunciando/rechazando:

Nombre de las personas que están renunciando/rechazando: \_\_\_\_\_

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

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

Otro: \_\_\_\_\_

**Renuncia:** Certifico que me dieron la oportunidad de pedir cobertura de grupo y rechacé inscribirme según se indicó 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 que hagan que califique, 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 de grupo, 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 según el plan para la persona; (b) un dependiente pierde su estado de dependiente porque alcanza una edad en particular; (c) el plan ya no da 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 según 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 usar 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 darle a la Aseguradora o a TPA la información necesaria para procesar esta Solicitud.

Si se necesita 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 dado a mí, a mi cónyuge o a mis hijos dependientes que no se incluya expresamente en un documento por escrito entregado 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 abajo me permiten a mí, a mi cónyuge/pareja doméstica revelar a la Aseguradora o a TPA la información de cualquiera de las personas mencionadas 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 de 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 mencionan en esta solicitud según sea exigido o permitido por la ley y 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 11) que se incluyen con esta solicitud.

Declaro que, según mi leal saber, toda la información que di 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 dar 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 especial que hace que califique. 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](http://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 (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 postal a:**

WPS

P.O. Box 8190 • Madison, WI 53708-8190

**Llamar al:** 888-915-5618

**Visite:** [wpshealth.com](http://wpshealth.com)