

3. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y DEL CÓNYUGE/PERSONA A CARGO (continuación)

Solicitante (cont.)

Teléfono particular

Teléfono durante el día

Dirección

Apto. N.º

Ciudad

Estado

Código postal

Ocupación

Lengua materna

Apellido del PCP

Nombre del PCP

N.º del PCP

¿Es paciente del PCP?

S N

Apellido del dentista de atención primaria (PCD)

Nombre del PCD

N.º del PCD

¿Es paciente del PCD?

S N

Cónyuge

Número de seguro social

Fecha de nacimiento (DDMMAA) Sexo

M F

Lengua materna (si es diferente)

Apellido (si es diferente)

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido del PCP

Nombre del PCP

N.º del PCP

¿Es paciente del PCP?

S N

Persona a cargo 1

Número de seguro social

Fecha de nacimiento (DDMMAA) Sexo

M F

Lengua materna (si es diferente)

Apellido (si es diferente)

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido del PCP

Nombre del PCP

N.º del PCP

¿Es paciente del PCP?

S N

Relación: Hijo Estudiante de tiempo completo* Hijo discapacitado §

Persona a cargo 2

Número de seguro social

Fecha de nacimiento (DDMMAA) Sexo

M F

Lengua materna (si es diferente)

Apellido (si es diferente)

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido del PCP

Nombre del PCP

N.º del PCP

¿Es paciente del PCP?

S N

Relación: Hijo Estudiante de tiempo completo* Hijo discapacitado §

Persona a cargo 3

Número de seguro social

Fecha de nacimiento (DDMMAA) Sexo

M F

Lengua materna (si es diferente)

Apellido (si es diferente)

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido del PCP

Nombre del PCP

N.º del PCP

¿Es paciente del PCP?

S N

Relación: Hijo Estudiante de tiempo completo* Hijo discapacitado §

* Debe tener 19 años o más y asistir a una facultad o universidad acreditada. Envíe una constancia con este formulario. La constancia se debe presentar anualmente.

§ Presente el formulario de Solicitud para un hijo discapacitado (HAC506) con este formulario; el hijo debe tener 19 años o más.

ENR0296BPPB2

5. INFORMACIÓN MEDICARE Sólo para los que cumplen con los requisitos de Medicare.

Adjunte una copia de su tarjeta Medicare (HIB). De lo contrario, no podremos procesar su solicitud de beneficios Medicare.

Entiendo que si cumpla con los requisitos de Medicare durante la vigencia de este contrato, cualquier beneficio al cual tengo derecho bajo este contrato será reducido por los montos pagados por Medicare por esos servicios, presente o no una reclamación a Medicare.

Apellido del solicitante

Nombre

Inicial del
segundo nombre

Número de identificación de Medicare

Sufijo HIB

Parte A: Fecha de inicio de la cobertura hospitalaria (DDMMAA)

Parte B: Fecha de finalización de la cobertura hospitalaria (DDMMAA)

Apellido del cónyuge/persona a cargo (si es diferente)

Nombre

Inicial del
segundo nombre

Número de identificación de Medicare

Sufijo HIB

Parte A: Fecha de inicio de la cobertura hospitalaria (DDMMAA)

Parte B: Fecha de finalización de la cobertura hospitalaria (DDMMAA)

6. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR Esta sección la debe completar el administrador de beneficios grupales.

Nombre del grupo

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de inicio del empleo de tiempo completo del solicitante (DDMMAA)

Registro de nómina/Ubicación del departamento

Número de empleado

Número del grupo

Subnúmero del grupo

7. FIRMAS He leído la siguiente declaración de certificación y fraude.

Firma del solicitante

Fecha (DDMMAA)

Nombre en letra de imprenta y firma del administrador autorizado de beneficios grupales

Aclaración	Firma
------------	-------

Fecha (DDMMAA)

Certifico que elijo cobertura como empleado, o ex empleado, retirado, persona actualmente o anteriormente a cargo de un empleado activo, o retirado y cumpla con los requisitos para la cobertura grupal bajo los términos y condiciones del contrato del grupo. Hago esta elección en nombre de todas las personas elegibles a mi cargo y en nombre mío. Entiendo que tengo la obligación continua de notificar al grupo de cualquier cambio en mi condición o la de una de las personas a mi cargo; tal cambio podría tener como consecuencia un cambio del estado del seguro con Empire y que la falta de tal notificación podría tener como consecuencia la cancelación de la cobertura de Empire.

Cualquier otra cobertura de Empire finalizará con la emisión de esta cobertura. Si no deseo transferir mi otra cobertura con Empire a esta cobertura, entiendo que esta solicitud no será aceptada por Empire.

Autorizo a cualquier prestador de atención médica, pagador de atención médica o agencia de gobierno a proporcionar a Empire o a su designado todos los registros pertenecientes al historial médico, servicios prestados y pagos realizados en relación a mí o a las personas a mi cargo para ser utilizadas por Empire para administrar los términos de los beneficios médicos de mi contrato. También autorizo a Empire a revelar tal información a un designado de Empire, a mi PCP y a otros prestadores, otros pagadores y al titular del contrato del grupo a los efectos de la continuidad de atención y administración médica, administración de enfermedades, administración del contrato de beneficios médicos, auditorías financieras y a cualquier otro efecto que exija la ley.

Todas las declaraciones y respuestas de esta notificación de elección son verdaderas y están hechas con el fin de inducir la emisión de la cobertura. Cualquier declaración falsa sustancial podría tener como consecuencia la cancelación de la cobertura de Empire.

Declaración de fraude del seguro: Cualquier persona que con conocimiento e intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información relacionada con los hechos del mismo, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual constituye un delito, y también está sujeto a una sanción civil que no excede la cantidad de \$5,000, y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.