



I. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Apellido		Nombre		Inicial	Sexo	Número de Seguro Social					
Dirección de calle		Apt.	Ciudad				Estado	Código postal			
¿Ha sido alguna vez miembro de EmblemHealth? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Si la respuesta es SÍ, ID del miembro _____		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica		Fecha de nacimiento: Mes Día Año		Números de teléfono: Domicilio: (____) _____ Trabajo: (____) _____		Dirección de correo-e: _____ <input type="checkbox"/> Elija la opción "¡NO MÁS PAPELES!" y salve a los árboles (consulte el dorso de la solicitud)*			
Cubertura de adulto joven: <input type="checkbox"/> 26 y menos — Familiar <input type="checkbox"/> 26 – 29 Individual		ID del padre/madre: _____		Situación de empleo del suscriptor: _____		<input type="checkbox"/> El solicitante trabaja por lo menos 20 horas por semana					
Incapacitado? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		Nombre del Médico de Atención Primaria: (No se requiere para miembros de EPO/PPD) _____ Número de ID: _____				Nombre de selección de Obstetra/Ginecólogo: (opcional) _____ Número de ID: _____					
Información de seguro médico anterior: Nombre del Asegurador: _____ Fecha de comienzo de la cobertura: ____ / ____ / ____ Fecha de terminación de la cobertura: ____ / ____ / ____		¿Está usted cubierto por otro seguro médico o Medicare? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Si la respuesta es SÍ, indique: Nombre de la compañía de seguros: _____ Número de teléfono de la compañía de seguros: (____) _____ Tipo de cobertura: ____ N° de póliza: _____ Fecha efectiva: ____ / ____ / ____				Marque uno: <input type="checkbox"/> Inscripción nueva <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Terminación <input type="checkbox"/> Cambio a Individual		Situación: <input type="checkbox"/> Añadir dependiente <input type="checkbox"/> Eliminar dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Cambio de nombre		Transferencia: <input type="checkbox"/> A otro asegurador <input type="checkbox"/> Cambio de Grupo de EmblemHealth: De: _____ A: _____	

II. INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN — SI ESTÁ INSCRIBIENDO A SU CÓNYUGE/PD Y/O HIJOS, ENUMERE CADA UNO ABAJO — CONSULTE LA ELECCIÓN DE COBERTURA PARA ELEGIBILIDAD

Apellido (si es diferente)	Nombre	Número de Seguro Social	Sexo	Parentesco	Fecha de nacimiento			✓ si discapacitado	Médico de atención primaria Nombre/Número de ID (No se requiere para miembros de EPO/PPD)	Selección de Obstetra/Ginecólogo Nombre/Número de ID (opcional)
					Mes	Día	Año			
DEPENDIENTE		- -		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Hijo						
Información de seguro médico actual/anterior: Nombre del asegurador: _____ Fecha de comienzo de cobertura: ____ / ____ / ____ Fecha de terminación de cobertura: ____ / ____ / ____										
DEPENDIENTE		- -		<input type="checkbox"/> Hijo						
Información de seguro médico actual/anterior: Nombre del asegurador: _____ Fecha de comienzo de cobertura: ____ / ____ / ____ Fecha de terminación de cobertura: ____ / ____ / ____										
DEPENDIENTE		- -		<input type="checkbox"/> Hijo						
Información de seguro médico actual/anterior: Nombre del asegurador: _____ Fecha de comienzo de cobertura: ____ / ____ / ____ Fecha de terminación de cobertura: ____ / ____ / ____										

Nota: Se exigirá un certificado de nacimiento/matrimonio o Formulario 1040 para cónyuges/dependientes con apellido distinto.

Se requiere su firma para que se procese este formulario. Su firma da fe de que usted ha leído el dorso de este formulario.
El solicitante debe firmar aquí: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

III. INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN — ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR/GRUPO CONTRATANTE

Nombre del grupo:		Número del grupo:		<input type="checkbox"/> EmblemHealth <input type="checkbox"/> GHI <input type="checkbox"/> GHI HMO <input type="checkbox"/> HIP Nombre de Plan: _____		Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge/PD <input type="checkbox"/> Empleado e hijo			
Fecha efectiva solicitada: Médico: ____ / ____ / ____ Dental: ____ / ____ / ____		Fecha de contratación:		Período de espera:		Fecha de envío:		Aprobado por: (Administrador de Plan de Grupo)	

Instrucciones a los Administradores de Beneficios o Representantes de Grupos: Para grupos con 50 empleados o menos usted DEBE completar la Sección A en el dorso de este formulario. La documentación requerida DEBE anexarse a este Formulario de Transacción para que se procese.

ELECCIÓN DE COBERTURA

Las afecciones preexistentes no estarán cubiertas durante los primeros 12 meses de inscripción en el programa EmblemHealth CompreHealth o durante los primeros 11 meses de inscripción en los planes EmblemHealth EPO, EmblemHealth PPO, EmblemHealth ConsumerDirect PPO o EmblemHealth ConsumerDirect EPO. Para las pólizas emitidas o renovadas después del 23 de septiembre de 2010, se eximirán las limitaciones de afección preexistente para los inscritos menores de 19 años de edad. Una afección preexistente es una afección (ya sea física o mental), sin importar la causa de dicha afección, para la cual se recomendó o se recibió consejos o tratamiento médico durante el período de seis meses anteriores a su fecha de inscripción. EmblemHealth acreditará el tiempo que estuvo cubierto por cobertura de seguro médico acreditable anterior hacia el período de 12 meses u 11 meses, siempre que la interrupción de cobertura entre la cobertura anterior y su cobertura con EmblemHealth no exceda 63 días, excluyendo cualquier período de espera. Si así se solicita, usted o su grupo debe proporcionar a EmblemHealth información acerca de sus afecciones preexistentes y/o cobertura anterior. Usted tiene el derecho de solicitar un Certificado de Cobertura Acreditable de su plan médico anterior. De ser necesario, EmblemHealth le ayudará a obtener dicho certificado de su plan anterior.

Un grupo grande (51 o más empleados elegibles) podrá elegir cubrir las afecciones preexistentes desde el inicio de su cobertura de EmblemHealth. En este caso, su póliza con EmblemHealth no contendrá una limitación de afección preexistente, o indicará que la limitación de afección preexistente no se aplica.

Llame a EmblemHealth al 1-877-842-3625 para más información acerca de la limitación por afecciones preexistentes.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. El suscriptor debe completar las secciones I y II. El administrador del plan colectivo debe completar la sección III y, en caso de un grupo pequeño (50 empleados o menos), proporcionar toda la documentación necesaria.
2. Todas las transacciones están sujetas a la política retroactiva de EmblemHealth (30 días para los grupos pequeños, 90 días para los grupos grandes).
3. Para las pólizas emitidas o renovadas después del 23 de septiembre de 2010 y como parte de la reforma federal de la atención médica, los hijos dependientes podrán permanecer en o ser añadidos a la póliza de su padre o madre hasta los 26 años de edad (fin del mes en el que cumpla años), sin importar la situación de estudiante. La prima será facturada al nivel de cobertura correspondiente y, aparte del formulario de inscripción básico, no se requiere nada más. La mayoría de los grupos de empleadores no pueden limitar la elegibilidad para la cobertura de dependientes aún si el dependiente calificado tiene acceso a cobertura con su propio empleador. Sólo los grupos grandes de GHI y HIP HMO Direct Pay estándar, Healthy New York y GHI tienen la posibilidad de aplicar restricciones para la adición de dependientes hasta los 26 años de edad. Como parte de la ley "Edad 29" del estado de Nueva York, los adultos jóvenes elegibles hasta los 29 años de edad (hasta el día en que cumplan los 30 años) pueden continuar u obtener cobertura a través de una póliza colectiva de su padre o madre.
4. Si no cumple con llenar cualquier parte de este formulario (por ej., número del grupo, motivo de la presentación, número del certificado, firma, etc.) obligará a que EmblemHealth devuelva este formulario de transacción al administrador de plan del grupo del empleador y puede demorar la fecha efectiva de cobertura solicitada.

A partir del 23 de septiembre de 2010, la reforma federal de la atención médica puede exigir cambios a su cobertura, dependiendo de su plan. Obtenga más información en www.emblemhealthreform.com.

*** Al elegir la opción "¡No más papeles!" usted recibirá estados de cuenta de reclamaciones y otras cartas de EmblemHealth por correo-e en vez de por correo regular. Podrá ver su Explicación de Beneficios (EOB) bajo la sección de Reclamaciones del sitio Web de EmblemHealth. Su inscripción en la opción de "¡No más papeles!" continuará por el período que su cuenta permanezca activa o hasta que elija discontinuar esta opción.**

SECCIÓN A (A ser completado por el Administrador de beneficios)		DOCUMENTACIÓN EN BASE AL TAMAÑO DE GRUPO			
		Tipo de Grupo (Marque uno) →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCIÓN Marque (✓) uno	Acontecimiento Calificado	Documentación requerida	Sociedad unipersonal o Grupo de un suscriptor	Asociación de dos o más empleados	Grupo pequeño – menos de 50 empleados
<input type="checkbox"/> Añadir suscriptor	Empleado nuevo o cambio de plan	Para los empleados elegibles que trabajan más de 20 horas por semana, proporcione una copia reciente de NYS45 indicando a este suscriptor como un empleado o una copia de la documentación de nómina que refleja la fecha, el nombre y el número de Seguro Social del empleado o el formulario W4 del año en curso del empleado.			
<input type="checkbox"/> Añadir cónyuge	Matrimonio	Si el apellido es distinto <input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio <input type="checkbox"/> Formulario 1040			
<input type="checkbox"/> Añadir dependiente	Nacimiento Adopción	Si el apellido es distinto <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Documentos de adopción formal <input type="checkbox"/> Documentos de tutela aprobados por un tribunal			
<input type="checkbox"/> Añadir cónyuge <input type="checkbox"/> Añadir dependiente	Pérdida de Cobertura	Certificado de cobertura acreditada			
<input type="checkbox"/> Añadir pareja doméstica	Pareja doméstica	Formulario de Declaración de Cohabitación e Interdependencia Económica	No elegible	No elegible	

Nota: No se permitirán inscripciones retroactivas. Los miembros deben estar inscritos dentro de los 30 días después del Acontecimiento Calificado/siguiente fecha de facturación.

A partir del 23 de septiembre de 2010, la reforma federal de atención médica podrá exigir cambios de su cobertura, dependiendo de su plan. Obtenga más información en www.emblemhealthreform.com.

Group Health Incorporated (GHI), GHI HMO Select, Inc. (GHI HMO), HIP Health Plan of New York (HIP), HIP Insurance Company of New York y EmblemHealth Services Company, LLC son compañías EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativos a las compañías EmblemHealth.