

Declaración de elegibilidad del empleado para nuevos afiliados de grupos existentes

Small Business Benefits

Cobertura solicitada para (marque solo uno): ☐ Plan Médico Mayor ☐ Plan de Cuidado Preventivo (no plan médico mayor)*

*** AVISO IMPORTANTE: Este plan no proporciona una cobertura completa de gastos médicos mayores; solo cubre servicios de cuidado preventivo. Los beneficios están limitados.** El plan de beneficios de cuidado preventivo autofinanciado de su empleador actualmente satisface los requisitos de una póliza individual según la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio (Affordable Care Act) para mantener la cobertura esencial mínima, sujeta a revisión de las leyes, regulaciones e interpretaciones normativas aplicables.

Este formulario debe ser rellenado por el EMPLEADO ÚNICAMENTE. Escriba con letra legible y en tinta solamente. Si comete un error al responder una pregunta, corrijalo, y escriba sus iniciales y la fecha. AVISO: El proveedor de la cobertura de seguro limitador de pérdidas tendrá derecho a revisar las tasas (de manera retroactiva o prospectiva), anular o terminar el contrato de seguro limitador de pérdidas de su empleador, si usted incluye información falsa, incompleta o engañosa en este formulario. Su empleador podrá anular o terminar la cobertura suya o la de sus familiares dependientes si usted incluye información falsa, incompleta o engañosa en este formulario. Los planes son administrados por Star Marketing and Administration, Inc.

Información del empleador

Nombre de la compañía Coliseum Companies, Inc. DBA Bay State Linen		Ubicación (estado, código postal) 45 Industrial Boulevard, Brockton, MA 02301	
Plan elegido (si está disponible): Deducible	Red de médicos/hospitales	Número de grupo (si está disponible) SM91221E	

Información del empleado (todos los empleados a tiempo completo deben rellenar esta sección)

Primer nombre		Inicial del 2do.		Apellido	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado(a)*	
Teléfono del trabajo	Teléfono de casa	Teléfono móvil	Dirección de correo electrónico		
Fecha de empleo a tiempo completo (mm/dd/aaaa)		Cargo	Horas trabajadas por semana		Salario anual: \$

Información del beneficiario - (complete cuando el empleador esté ofreciendo cobertura de seguro de vida o cobertura de seguro por muerte y por pérdida de extremidades accidental)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: Primer nombre NA		Inicial del 2do.		Apellido		Parentesco
DIRECCIÓN:		Ciudad		Estado	Código postal	

Información de la cobertura - Marque las casillas que correspondan.

Solicitud de cobertura

Cobertura solicitada (marque solo una):

☐ Empleado solamente

☐ Empleado y cónyuge/pareja doméstica**

☐ Empleado e hijo(s)

☐ Empleado, cónyuge/pareja doméstica e hijo(s)

Razón de la inscripción (marque solo una):

☐ Nuevo plan colectivo

☐ Recién contratado

☐ Cambio de plan

☐ Inscripción abierta/tardía

☐ Inscripción especial

*Si es divorciado(a) y cubre a su excónyuge con COBRA, indique la fecha en que se completó el divorcio (mm/dd/aaaa): _____

****Si el empleador ha designado elegibilidad para parejas domésticas, usted podrá incluir a una pareja doméstica como familiar dependiente elegible.**

Declinación de cobertura

☐ Declinación de **toda** la cobertura de grupo. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura de grupo disponible para mí y para mis familiares dependientes a través de mi empleador.

☐ La cobertura médica autofinanciada fue declinada para:

☐ Empleado ☐ Cónyuge o pareja doméstica ☐ Hijo(s)

☐ Cobertura dental completa declinada para (si está disponible):

☐ Empleado ☐ Cónyuge o pareja doméstica ☐ Hijo(s)

Deseo declinarla por las siguientes razones (marque una de las siguientes):

☐ Estoy cubierto por el plan de salud colectivo de mi cónyuge/pareja doméstica

☐ Estoy cubierto por un plan del gobierno

☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Plan estatal

☐ Estoy cubierto por un plan médico individual

☐ No tengo y no deseo cobertura médica autofinanciada.

☐ **COBRA**

☐ Otra (explique): _____

Firma del empleado (si está declinando la cobertura):

Firma: _____ Fecha: _____

 **NOMBRE Y APELLIDO**

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

UND _____ EFF _____ SUB _____

Inscripción especial

Si usted es un empleado o familiar dependiente que anteriormente renunció a la cobertura y ahora **perdió la cobertura, o bien experimentó un cambio en la contribución o un acontecimiento en su vida, usted podría ser elegible para inscripción especial. Star Marketing and Administration, Inc. deberá recibir estos formularios dentro de los 31 días siguientes al acontecimiento que lo califica para la inscripción especial.** De no presentar su solicitud dentro de los 31 días siguientes podría producirse un retraso en la cobertura.

Nombre de la(s) persona(s) que solicita(n) cobertura, ADEMÁS del empleado: _____

A menos que se indique de otra manera, usted deberá proporcionar la documentación de apoyo dentro de los 31 días siguientes al acontecimiento que lo califica para la inscripción especial. Si usted no puede obtener la documentación de apoyo dentro del lapso establecido, le aconsejamos que no demore su solicitud de inscripción. No tomaremos ninguna decisión sobre su solicitud hasta recibir la información necesaria. Una vez aprobada, usted será incorporado al plan a partir de la fecha del evento calificador, y se le cargará la prima según corresponda.

☐ **Pérdida de cobertura (incluidas las ocurrencias debidas a entrada en EE. UU.):** Fecha de terminación de la cobertura: _____

Tipo de pérdida: ☐ Cobertura de grupo ☐ Cobertura individual

MM/DD/AA

Razón de la pérdida: ☐ Terminación del empleo ☐ Ya no es elegible – política de la empresa (p. ej., ya no se ofrece cobertura para familiares dependientes, etc.)

☐ Otra _____

☐ **Cambio en la contribución:** Fecha del cambio: _____ MM/DD/AA

☐ Contribución (aumento/reducción del nivel de contribución del empleador)

☐ **Acontecimientos en su vida:**

☐ Adopción de un niño – Fecha de colocación: _____

☐ Divorcio – Fecha: _____

☐ Matrimonio – Fecha: _____ *No se requiere documentación.*

☐ Nacimiento de un hijo(a)

☐ **Otro acontecimiento:** Proporcione una explicación detallada: _____

Información de familiares dependientes

Liste los familiares dependientes que estarán cubiertos. **NOTA: Si está declinando la cobertura para sus familiares dependientes, rellene la sección de información de cobertura en la primera página.**

Primer nombre del cónyuge/pareja doméstica	Apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social	Sexo ☐ M ☐ F
Primer nombre del hijo	Apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social	Sexo ☐ M ☐ F
Primer nombre del hijo	Apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social	Sexo ☐ M ☐ F
Primer nombre del hijo	Apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social	Sexo ☐ M ☐ F
Primer nombre del hijo	Apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social	Sexo ☐ M ☐ F

Otra cobertura

¿Usted o alguno de sus familiares dependientes inscritos en este formulario dispone actualmente de cobertura de gastos médicos mayores que permanecerán en vigor el día que comience esta cobertura? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "sí", rellene esta sección:

Nombre de la otra aseguradora _____ Fecha de inicio _____

Con Medicare, marque el tipo de cobertura: ☐ Parte A. Fecha de entrada en vigencia: _____

☐ Parte B. Fecha de entrada en vigencia: _____ ☐ Parte D. Fecha de entrada en vigencia: _____

¿Quién está cubierto? ☐ Empleado ☐ Cónyuge/pareja doméstica ☐ Hijos

SE REQUIERE FIRMAR Y FECHAR LA SECCIÓN DEL ACUERDO Y AUTORIZACIÓN. CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

ACUERDO DE INSCRIPCIÓN PARA LA COBERTURA

Excepto en caso de que la haya declinado en la página 1, estoy solicitando la cobertura del plan ofrecido por mi empleador, en los términos actuales y con las modificaciones de las que pueda ser objeto en el futuro. Autorizo a mi empleador a realizar deducciones de mis ingresos en la correspondiente proporción del costo, si la hubiere, por los beneficios a los que pueda tener derecho. Certifico que todas las declaraciones y respuestas dadas en esta declaración de elegibilidad o en cualquiera de los cuestionarios médicos están completas y son fidedignas, y estoy consciente de que las respuestas servirán de base para la cobertura emitida. También estoy consciente de que todas las declaraciones y respuestas aquí plasmadas serán válidas durante 90 días contados a partir de la fecha de la firma. Estoy consciente de que una persona que, de manera consciente y con la intención de estafar, presente una solicitud o una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, podría ser declarada culpable de fraude, lo que constituye un delito. Estoy consciente de que si yo o cualquiera de mis familiares dependientes experimenta un cambio en el estado de salud después de completar este formulario o antes de la entrada en vigencia de la cobertura, es mi responsabilidad notificar inmediatamente al departamento de aseguramiento de Star Marketing and Administration, Inc. por correo electrónico a MedUnderwritingSB@trustmarkbenefits.com

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Instrucciones: Lea detenidamente este formulario de autorización antes de firmar. Su solicitud de inscripción para la cobertura no puede ser procesada sin su firma. Usted tiene el derecho de recibir una copia de este formulario después de firmar.

I. Información de salud protegida

Star Marketing and Administration, Inc. está comprometida con la privacidad de su información de salud protegida (PHI) y de su información personal, y ha exigido a todos sus asociados comerciales y proveedores que se comprometan por escrito a esas mismas protecciones. A pesar de estos esfuerzos, estamos obligados por ley a informarle que su información podría en algún punto caer fuera de estas protecciones y volver a ser divulgada nuevamente, tras lo cual ya no estará protegida.

Esta autorización incluye la información que se considera información médica y/o información personal protegida. La información de salud protegida (PHI) incluye información de salud identificable individualmente que es creada o recibida por su proveedor, plan de salud o aseguradora, centro de intercambio de datos, una autoridad de salud, empleador, escuela o universidad, farmacia o gestores de beneficios de farmacia.

La información de salud protegida (PHI) y la información personal se refieren al trastorno pasado, presente o futuro de su salud física o mental, al cuidado de la salud que usted ha recibido, o al pago por el cuidado de la salud que usted ha recibido. La información de salud protegida (PHI) y la información personal no incluyen información de salud resumida o información que ha sido desidentificada según las normas de desidentificación previstas en la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability Act Privacy Rule).

Al firmar este formulario, usted autoriza a ciertas entidades identificadas a continuación para que usen o divulguen su información de salud protegida. La información de salud protegida incluye, aunque no limitativamente, registros hospitalarios, registros médicos, resultados de laboratorio, registros de salud mental y registros de abuso de alcohol y/o drogas. La información de salud protegida podría ser obtenida, mantenida o transmitida en cualquier forma o medio, ya sea escrito, oral o electrónico.

II. Finalidad del formulario de autorización

Al firmar este formulario, usted autoriza el uso y la divulgación de información de salud protegida a los fines de: determinar la elegibilidad para inscribirse o recibir beneficios bajo un plan de salud; determinar la elegibilidad y/o la clasificación de riesgo de la cobertura de seguro limitador de pérdidas de su empleador, o permitir que la persona designada por el plan realice actividades de revisión de utilización y de mejora de la calidad ("Finalidad").

III. Entidades autorizadas a usar y divulgar mi información de salud protegida

Por la presente autorizo a las siguientes entidades, sus reaseguradoras u otras organizaciones que presten servicios comerciales o jurídicos en relación con el Objetivo antes mencionado y sus respectivos representantes legales ("Entidades") a recibir, usar y divulgar mi información de salud protegida con el Objetivo arriba mencionado:

Star Marketing and Administration, Inc.

Trustmark Life Insurance Company

Autorizo a las Entidades a que divulguen mi PHI entre ellos y a sus compañías afiliadas, a compañías reaseguradoras, al administrador del plan o al patrocinador del plan. Además, autorizo a todo médico con la debida licencia, profesional practicante de la medicina, proveedor de servicios de salud, hospital, clínica, farmacia o gestores de beneficios de farmacia u otra instalación médica o relacionada con la medicina, compañía de seguros o reaseguradora, y a cualquier otra organización que tenga cualquier registro o conocimiento de mi persona, a que suministren a las Entidades toda la PHI acerca de mi persona en lo que respecta al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de cualquier trastorno físico o mental, incluidos, aunque no limitativamente, todos los registros médicos y del cuidado de la salud.

Estoy consciente de que tengo el derecho de inspeccionar y copiar mi propia información de salud protegida (PHI) e información personal que será usada o divulgada.

Estoy consciente de que si no firmo esta autorización, mi solicitud no será considerada.

Estoy consciente de que mi representante personal o yo tenemos el derecho de recibir una copia del formulario de autorización.

Una imagen simulada, fax o copia de esta autorización será tan válida como el original.

IV. Plazo de la autorización

Estoy también de acuerdo en que esta autorización será válida durante el menor de los siguientes lapsos: hasta que Star Marketing and Administration, Inc. haya completado su determinación de mi elegibilidad para la cobertura, o durante los 12 meses contados a partir de la fecha de la firma.

V. Derecho de revocar

Estoy consciente de que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita previa a las entidades antes mencionadas. La revocación de este formulario de autorización no afectará las acciones que las Entidades hayan tomado de conformidad con este formulario con anterioridad a la recepción de la notificación escrita de revocación.

HE TENIDO EL TIEMPO SUFICIENTE PARA LEER Y CONSIDERAR ESTE FORMULARIO. ESTOY CONSCIENTE DE QUE, AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ESTOY AUTORIZANDO LOS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA QUE SE DESCRIBEN EN ESTE FORMULARIO. ESTOY DE ACUERDO EN QUE UNA IMAGEN ENVIADA POR FAX O COPIADA DE ESTA AUTORIZACIÓN SEA TAN VÁLIDA COMO EL ORIGINAL.

☐ **SÍ; ESTOY DE ACUERDO EN RECIBIR LOS DOCUMENTOS DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS, INCLUIDOS, AUNQUE NO LIMITATIVAMENTE: DOCUMENTOS DEL PLAN, DESCRIPCIONES RESUMIDAS DEL PLAN, RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA, PÓLIZAS, CONTRATOS, ACUERDOS, CARTAS Y NOTIFICACIONES POR MEDIOS ELECTRÓNICOS A TRAVÉS DE UNA COMPUTADORA CON ACCESO A INTERNET. ESTOY CONSCIENTE DE QUE PUEDO RECIBIR DOCUMENTOS IMPRESOS SIN COSTO TRAS NOTIFICAR A STAR MARKETING AND ADMINISTRATION, INC. ACERCA DE MI CAMBIO DE PREFERENCIAS**

Firma y transmisión electrónicas. Las páginas que requieren firma en esta Declaración de Elegibilidad del Empleado se pueden ejecutar mediante una firma manuscrita o una firma electrónica. Las páginas que requieren firma pueden enviarse mediante un archivo pdf o un formato similar transmitido por correo electrónico, servidor basado en la nube, tecnología de firma electrónica u otros medios electrónicos similares. El empleado acepta que su firma electrónica será ejecutable en la misma medida y en toda la extensión de una firma manuscrita en un documento original para la ejecutabilidad/aplicabilidad de este formulario. El empleado acepta que no presentará ninguna defensa ni invocará ninguna pretensión reglamentaria o estatutaria que intente invalidar la aplicabilidad de esta solicitud si se usa una firma electrónica.

Firma del empleado _____ Fecha _____

 **NOMBRE Y APELLIDO**

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

UND _____

EFF _____

SUB _____

Aviso importante: Lea y guarde esta información

Inscripciones especiales

Si usted declina la oferta de inscripción para usted o para sus familiares dependientes (incluyendo a su cónyuge) porque ya está cubierto por otra póliza de seguro de salud, en el futuro tanto usted como sus familiares dependientes podrán inscribirse en este plan de beneficios de salud, siempre y cuando soliciten la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la terminación de la cobertura como resultado de la pérdida de elegibilidad para la cobertura o de la terminación de la contribución del empleador (60 días para solicitantes especiales que hayan perdido su cobertura de Medicaid o de los programas estatales de seguro de salud para niños [SCHIP, State Children's Health Insurance Programs]). Además, si ocurre algún cambio en su vida como, por ejemplo, un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, usted podrá inscribirse o inscribir a sus familiares dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al evento que permita esa inscripción. La cobertura entrará en vigencia en la fecha en que ocurra el cambio que motive la solicitud.

Período anual de inscripción abierta

Los empleados elegibles podrán inscribirse e inscribir a sus familiares dependientes elegibles durante el período anual de inscripción abierta, que es el mes anterior al inicio del nuevo año póliza.

Tarjetas de identificación

Las tarjetas de identificación generalmente se reciben entre 7 y 10 días laborables después de la inscripción y la activación del plan de beneficios de salud patrocinado por el empleador. Para mayor comodidad, si necesitara usar la tarjeta de identificación antes de haberla recibido, los empleados cubiertos pueden acceder electrónicamente a una versión duplicada de la tarjeta de identificación después de registrarse en TrustmarkSB.com/login. La tarjeta de identificación digital se puede guardar localmente en un teléfono móvil o tableta (como una imagen fotográfica o en la billetera digital); se puede imprimir y/o cargar en el portal del proveedor antes de la cita.

Acceso a los documentos electrónicos del plan y las EOB

Al elegir documentos electrónicos, recibirá notificaciones por correo electrónico cuando estén disponibles documentos importantes del plan y explicaciones de beneficios (EOB) a través de nuestro portal seguro, TrustmarkSB.com/login

- Al reducir el consumo de papel se logrará de manera sencilla un enorme impacto en el medio ambiente.
- Es más fácil buscar los documentos digitales del plan. No necesitará mantener archivos de documentos impresos.
- Usted decide cuándo ver, guardar o imprimir los documentos de su plan o las EOB.
- Los documentos estarán disponibles las 24 horas del día para su comodidad. No tiene que esperar por las entregas del servicio de correo postal de EE. UU. (USPS).

Para no tener que recibir documentos impresos, regístrese at TrustmarkSB.com/login y seleccione "I agree" (Estoy de acuerdo) a fin de poder acceder en formato electrónico tanto a los documentos del plan como a las EOB.

El siguiente aviso se aplica a los planes de beneficios que SOLO tienen cobertura de cuidado preventivo:

Los planes de beneficios que tienen únicamente cobertura de cuidado preventivo no proporcionan cobertura completa de gastos médicos mayores. Los beneficios están limitados. Los planes de beneficios que tienen únicamente cobertura de cuidado preventivo satisfacen los requisitos de una póliza individual según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) para mantener la cobertura esencial mínima, sujeta a revisión de las leyes, regulaciones e interpretaciones normativas aplicables.