



Producto Seleccionado: _____

de Grupo: _____

Nuevo Ingreso Mancomunado Renovación # contrato _____

SOLICITUD DE INGRESO GOBIERNO: LEY 95 LEY 63 LEY 117 OTRO _____

CUBIERTAS OPCIONALES SI APLICAN: SEGURO DE VIDA DENTAL _____ VISIÓN _____

Favor complete la solicitud con letra legible. El documento debe completarse en todas sus partes y ser firmado para poder ser procesada.

| | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---|
| Fecha de efectividad (M/D/A) | Tipo de contrato | Estatal / Municipal | Agencia o Municipio |
| / / | <input type="checkbox"/> Individual | | |
| Fecha de vencimiento (M/D/A) | <input type="checkbox"/> Pareja | Regular / Transitorio | ¿ Tiene otro plan Médico? |
| / / | <input type="checkbox"/> Familiar | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Compañía: _____ |

INFORMACIÓN DEL SUScriptor PRINCIPAL

| | | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------|--|------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre | Inicial | Edad |
| | | | | |
| Fecha de Nacimiento (M/D/A) | Género | Seguro Social (Requerido) | Estado Civil | |
| / / | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | - - | <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Coh | |

| | |
|------------------|---------------------------|
| Dirección Postal | Teléfonos y Correo Postal |
| | Teléfono: () - |
| | Celular: () - |
| | Email: _____ |

DEPENDIENTES DIRECTOS

| Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial | Seguro Social | Parentesco | Fecha de Nacimiento Mes/ Día/ Año | Sexo |
|--|---------------|------------|-----------------------------------|---|
| | - - | | / / | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| | - - | | / / | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| | - - | | / / | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| | - - | | / / | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| | - - | | / / | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |

DEPENDIENTE OPCIONAL (COLATERAL)

| Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial | Seguro Social | Parentesco | Fecha de Nacimiento Mes/ Día/ Año | Sexo |
|--|---------------|------------|-----------------------------------|---|
| | - - | | / / | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |

INFORMACIÓN DEL MANCOMUNADO, SI APLICA

| Nombre del que Mancomuna (Cónyuge o Cohabitante) | Seguro Social | P / T | Fecha de Nacimiento Mes/ Día/ Año | Sexo |
|--|--------------------|---------------------|-----------------------------------|---|
| | - - | | / / | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Agencia o Municipio | Pueblo del Trabajo | Aportación Patronal | # de Grupo | |
| | | | | |

Parte A y/o B de Medicare: Si usted o su cónyuge tiene Medicare favor acompañar evidencia: Sí No

| | | | |
|---------|-------------------|-------------|-------------|
| Usted | Fecha parte A / / | parte B / / | HIC Number: |
| Cónyuge | Fecha parte A / / | parte B / / | HIC Number: |

| Desglose del Costo de Prima | | El descuento está basado con la información recibida por parte del suscriptor o personal a cargo de la agencia. De haber alguna discrepancia, por cambios en la aportación patronal, será responsabilidad del empleado asumir la diferencia. Confirmando que la información suministrada es correcta y autorizo a Auxilio Salud Plus a tramitar cualquier información que sea necesaria para poder administrar el plan médico con los proveedores o agencias contratadas. De igual manera, la divulgación de la información médica, según conforme a lo establecido por Ley HIPAA. |
|-------------------------------|----|---|
| Producto Seleccionado: | \$ | |
| Dental: | \$ | |
| Visión: | \$ | |
| Seguro de Vida: | \$ | |
| Sub Total: | \$ | |
| Menos Aportación Patronal: | \$ | |
| Menos Aportación Mancomunado: | \$ | |
| Descuento al Suscriptor: | \$ | |

Los servicios provisto bajo los productos ofrecidos por Auxilio Salud Plus están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones descritos en la Guía del Suscriptor. Certifico con mi firma estar de acuerdo con toda la información incluida en esta solicitud.

Firma del Suscriptor _____

Fecha (Mes / Día / Año) _____

Representante Autorizado: ROSALIE ROSADO

Reglas para completar el formulario

1. **Información legible:** Complete todas las secciones aplicables de manera legible.
2. **Producto seleccionado:** Indique el producto seleccionado según corresponda.
3. **Ley aplicable:** Marque con una "X" la ley correspondiente de acuerdo con las cubiertas de gobierno.
4. **Cubiertas opcionales:** Marque y escriba las cubiertas opcionales, si aplican.
5. **Ingreso y mancomunación:**
 - Marque con una "X" si es un ingreso nuevo, renovación o (y) mancomunado.
 - Si es mancomunado, adjunte el documento oficial que certifique la mancomunación (Modelo SC 1335).
6. **Datos del suscriptor y dependientes:**
 - El suscriptor principal y los dependientes deben escribir su nombre completo y número de seguro social.
 - Complete toda la información personal solicitada.
7. **Categoría de la cubierta:**
 - Marque con una "X" la categoría correspondiente: Individual, Pareja o Familiar.
 - Si alguna persona incluida tiene las partes A y/o B de Medicare, complete los campos correspondientes e incluya una copia de la tarjeta de Medicare.
8. **Agencia o municipio de trabajo:**
 - Indique la agencia o municipio donde trabaja.
 - Especifique si es Estatal o Municipal.
9. **Tipo de empleo:**
 - Identifique si su empleo es Regular o Transitorio.
 - Transitorio: Si tiene menos de 6 meses de contrato, es probable que no tenga derecho a la aportación patronal. Si tiene derecho, debe incluir una certificación de la agencia o municipio.
 - Si está en licencia sin sueldo, notifique y presente evidencia de la fecha de inicio de la licencia.
10. **Dependientes directos:**
 - Incluyen: cónyuge, cohabitante, hijos, hijas, hijastros o hijastras no emancipados hasta los 26 años, o si están incapacitados (incluir evidencia).
 - También se consideran dependientes directos aquellos familiares reconocidos judicialmente (incluir evidencia).
11. **Dependientes opcionales (colaterales):**
 - Son familiares inmediatos del suscriptor principal o su cónyuge que no cumplen con los requisitos de dependientes directos.
 - No deben tener más de 65 años y deben depender sustancialmente del suscriptor principal para su sustento.
12. **Desglose del costo de la prima:**
 - Verifique que el desglose de la prima incluya todas las alternativas seleccionadas (si aplican).
13. **Firma y verificación:**
 - Asegúrese de que la información escrita sea correcta y que todos los campos estén completos.
 - Si falta alguna información, el trámite no será procesado hasta que se complete.
14. **Responsabilidad del suscriptor:**
 - Si hay discrepancia en el descuento del desglose de la prima, el suscriptor será responsable del pago de la diferencia.
 - Esto se rige por el artículo 3 del Reglamento #8398 del 31 de octubre de 2013 (Reglamento para la contratación de los planes de beneficios de salud para empleados públicos).

Ley Antifraude

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa que no será menor de mil (\$1,000) dólares ni mayor de cinco mil (\$5,000) dólares. La no inclusión de este aviso con los formularios indicados no constituirá defensas para que el asegurado o tercero reclamante no cumpla con las disposiciones de este Capítulo. (Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 2732, según enmendado el 8 de enero de 2004). Por la presente solicito del Plan cubierta de beneficios para mí y mis dependientes, si alguno. Entiendo que esta solicitud está sujeta a la aceptación del Plan y que los servicios provistos están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones conforme lo establece el contrato de cubierta. Certifico que he recibido copia de la Ley o resumen de los derechos y responsabilidades del paciente, según lo establece la Ley 194 "Carta de Derechos del Paciente". Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo al Plan a verificar la misma. Autorizo al Plan a ofrecer información sobre la elegibilidad y cubiertas al área de Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. Autorizo al Plan a obtener de proveedores de servicio la información médica relacionada conmigo y con mis dependientes que sea necesaria para la administración del Plan. Autorizo a mi patrono a deducir de mi sueldo y enviar al Plan la cantidad necesaria para el pago de mi plan médico.