

## Dental / de la vista / quiropráctico / de vida

### Formulario de inscripción

**El formulario debe estar COMPLETAMENTE LLENADO, FIRMADO y FECHADO para su procesamiento.**
**SI RENUNCIA A LA COBERTURA, DEBE RELLENAR, FIRMAR Y FECHAR LA RENUNCIA DE LA PÁGINA 4 DE ESTA SOLICITUD.**
**Seleccione uno**  Inscripción de empleado nuevo  Nueva inscripción de renovación  Nueva inscripción COBRA  Evento calificador/desencadenante

**Si es miembro existente y está cambiando planes dentales o añadiendo un plan, use un "Formulario de solicitud de cambio" del empleado.  
Si solamente va a cambiar de consultorio dental primario, comuníquese directamente con su plan dental.**

#### A. INFORMACIÓN PERSONAL

|  |  |   |  |   |  |   |               |
|--|--|---|--|---|--|---|---------------|
| Nombre de la compañía                                      |  | N.º de teléfono del empleador<br>(xxx) xxx-xxxx<br>(    )   |  | Nombre del puesto del empleado  |  | Fecha de contratación a tiempo completo<br>MM / DD / AAAA |               |
| Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  | Estado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero<br><input type="checkbox"/> Pareja de hecho |  | <i>(Nota: Si usted o alguno de sus dependientes no va a inscribirse, aún debe rellenar y fechar la sección de renuncia en la página 4.)</i> |  |   |               |
| Apellido del empleado                                      |  |   |  | N.º de Seguro Social del empleado<br>— —  |  |   |               |
| Nombre del empleado  |  | Inicial   |  | Fecha de nacimiento<br>MM / DD / AAAA   |  | N.º de grupo  |               |
| Dirección residencial (no usar apartados postales)         |  |   |  |   |  |   | Núm. de apto. |
| Ciudad   |  |   |  | Estado  |  | Código postal   |               |
| N.º de teléfono (xxx) xxx-xxxx<br>(    )                   |  |   |  | Dirección electrónica   |  |   |               |
| Dirección postal (si es diferente a la de arriba)          |  |   |  |   |  |   |               |

#### B. INFORMACIÓN SOBRE LA INSCRIPCIÓN

**Complete esta sección SÓLO si está escogiendo cobertura dental, de la vista y/o de quiropráctico para usted y para sus dependientes**

|   | Empleado   | Cónyuge/Pareja de hecho  | Hijo   | Hijo   | Hijo   |
|---|--|--|--|--|--|
| Apellido  |  |  |  |  |  |
| Nombre  |  |  |  |  |  |
| Relación con el empleado  |  | <input type="checkbox"/> Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Pareja de hecho   |  |  |  |
| N.º de Seguro Social  |  | N.º de Seguro Social ¡se requiere!   | N.º de Seguro Social ¡se requiere!   | N.º de Seguro Social ¡se requiere!   | N.º de Seguro Social ¡se requiere!   |
| Sexo  |  | <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino        | <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino        | <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino        | <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino        |
| Fecha de nacimiento   |  | MM / DD / AAAA   | MM / DD / AAAA   | MM / DD / AAAA   | MM / DD / AAAA   |
| ¿Está discapacitado?<br>(complete solo si tiene más de 26 años de edad) |  |  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        |
| ¿Se está inscribiendo para?   | <input type="checkbox"/> Dental<br><input type="checkbox"/> Seguro de la vista<br><input type="checkbox"/> Quiropráctico | <input type="checkbox"/> Dental<br><input type="checkbox"/> Seguro de la vista | <input type="checkbox"/> Dental<br><input type="checkbox"/> Seguro de la vista | <input type="checkbox"/> Dental<br><input type="checkbox"/> Seguro de la vista | <input type="checkbox"/> Dental<br><input type="checkbox"/> Seguro de la vista |

\* Si va a inscribir a un dependiente discapacitado, debe rellenar un formulario de dependiente discapacitado. (Puede encontrar el formulario en el sitio web de ChoiceBuilder®)

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <b>SOLICITANTES DE COBRA</b><br>Marque el tipo de COBRA:<br><input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA | <b>Indique el evento calificador/desencadenante:</b><br><input type="checkbox"/> Término del empleo<br><input type="checkbox"/> Reducción de horas | <input type="checkbox"/> Un hijo que ya no califica<br><input type="checkbox"/> Divorcio/separación legal | <input type="checkbox"/> Derecho a Medicare<br><input type="checkbox"/> Muerte del empleado | <b>Fecha del evento calificador/desencadenante</b><br>MM / DD / AAAA |
|---|--|---|---|--|

**FIRME Y FECHÉ LAS SECCIONES DE LA SOLICITUD QUE LE CORRESPONDAN**

**C. BENEFICIOS DENTALES**

Seleccione **UN** plan (vea la disponibilidad del plan en la hoja de trabajo)

DeltaCare® USA DHMO  Gold  Silver  Bronze  0 PPO  Platinum Plus  Platinum  Gold  Silver

Seleccione un consultorio dental (SOLO DHMO) (Si el consultorio dental seleccionado no está disponible, o no selecciona uno, se le asignará un consultorio.)

|                              | Empleado  | Cónyuge/Pareja de hecho                                 | Hijo  | Hijo  | Hijo  |
|------------------------------|---|---|---|---|---|
| Apellido                     |   |   |   |   |   |
| Nombre                       |   |   |   |   |   |
| Consultorio dental primario* |   |   |   |   |   |
| ¿Es paciente actual?         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Consultorio/Instalación n.º  |   |   |   |   |   |
| Ciudad                       |   |   |   |   |   |

Marque aquí si desea que su plan dental le asigne un consultorio dental primario.  
 → Para inscribir a más dependientes, complete las secciones A y B de otro formulario de inscripción.

\*Si va a cambiar de plan dental o a añadir un plan, seleccione un consultorio dental primario. En los planes de beneficios PPO no se requiere un consultorio dental primario. Si un consultorio dental primario no tiene contrato con el plan dental por usted seleccionado antes de inscribirse, o si el consultorio dental primario no está listado, automáticamente se le asignará uno. Si solamente va a cambiar de consultorio dental primario, comuníquese directamente con su plan dental.

**D. BENEFICIOS OPCIONALES — Pregunte a su administrador del plan dental si su empleador está ofreciendo cualquiera de los beneficios opcionales siguientes**

Se deben rellenar las secciones A, B y E de este formulario para todos los beneficios opcionales

Seguro de la vista: Seleccione **UN** plan (vea la disponibilidad del plan en la hoja de trabajo)

Platinum  Gold  Silver (la opción Silver no está disponible con VSP voluntario)

**QUIROPRÁCTICO** (vea la disponibilidad del plan en la hoja de trabajo)

Marque este recuadro si desea añadir la cobertura voluntaria de quiropráctico

**SEGURO DE VIDA**

Rellene solo si su empleador seleccionó la cobertura del seguro de vida.

| Nombre(s) del(los) beneficiario(s) |        | Inicial | Fecha de nacimiento | Relación con usted (p. ej., cónyuge, amigo, hijo) | *Porcentaje | *Tipo de beneficiario   |
|------------------------------------|--------|---------|---------------------|---|-------------|---|
| Apellido                           | Nombre |         |                     |   |             |   |
|                                    |        |         | MM / DD / AAAA      |   |             | <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario |
|                                    |        |         | MM / DD / AAAA      |   |             | <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario |
|                                    |        |         | MM / DD / AAAA      |   |             | <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario |

\* Si lista a más de un beneficiario primario o a más de un beneficiario secundario, anote el porcentaje del producto del seguro que cada persona debe recibir. El porcentaje del producto del seguro debe equivaler a 100% en cada tipo de beneficiario (primario o secundario). Ningún beneficiario secundario tendrá derecho a ninguna parte del producto del seguro si el beneficiario primario está vivo en el momento del fallecimiento del asegurado.

**Premium Only Plan (P.O.P)**

Deseo que se pague antes de los impuestos mi parte de las primas de seguro elegibles

**E. SU RECONOCIMIENTO LEGAL (Lea, firme y fecha donde se indica)**

**PARA TODOS LOS MIEMBROS:**

**Estoy de acuerdo**, en mi nombre y el de mis dependientes, en quedar sujeto a los beneficios, pagos suplementarios, deducibles, exclusiones, limitaciones y otros términos del contrato del grupo pequeño del plan de salud administrado por el estado de California.

**Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del estado de California de que las siguientes declaraciones son verdaderas, correctas y relacionadas con el empleador que se menciona en este formulario, a mí y a mis dependientes que se mencionan en este formulario.**

- Mi empleador me considera elegible porque soy empleado de tiempo completo que trabaja el número requerido de horas a la semana.
- Si soy un empleado elegible que está solicitando cobertura fuera del periodo de renovación, he tenido un cambio en mi estado familiar o he experimentado otro evento calificador/descadenante que califica, ya sea a mí o a mi(s) dependiente(s) como "suscriptor tardío" en virtud de la ley de California.
- No soy empleado eventual, temporal, por día, 1099, ni empleado sustituto, no tengo seguro de la póliza sindical del empleador ni califico para dicho seguro.
- Las fechas de nacimiento de mis hijos son correctas. Mis hijos cumplen todos los requisitos de elegibilidad. **Entiendo** que las declaraciones precedentes quedan sujetas a una auditoría en cualquier momento y **estoy de acuerdo** en entregar a ChoiceBuilder® cualquier tipo de información que sea necesaria para comprobar dichas declaraciones.
- Todas las declaraciones y respuestas que he proporcionado son verídicas y están completas. **Entiendo** que es un delito realizar deliberadamente un acto o práctica que sea un fraude, o hacer intencionalmente una declaración falsa sobre un hecho material a una compañía de seguros con propósitos de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro. Entiendo que todos los beneficios están sujetos a las condiciones establecidas en los documentos de la cobertura y en el contrato de grupo. Si mi plan se rescinde o cancela, recibiré de mi asegurador una notificación de al menos 30 días antes de la fecha de vigencia de la rescisión, en la que se expliquen las razones de la rescisión prevista y mi derecho de apelar tal decisión ante el Comisionado de Seguros en virtud de la subdivisión (b) de la sección 10273.4 del Código de Seguros de California. No obstante la subdivisión (a) de la sección 10273.4 o cualquier otra disposición de la ley, entiendo que después de 24 meses posteriores a la emisión de mi plan de salud o póliza de seguro, mi asegurador no puede rescindir mi plan de salud ni mi póliza de seguro por ninguna razón, y no deberá cancelar mi plan de salud o póliza de seguro, limitar ninguna disposición del plan de seguro o póliza, ni aumentar las primas debido a ninguna omisión, declaración falsa o error en la solicitud, ya sea o no sea intencional.
- **Entiendo** que toda persona, empresa o plan de salud que sufra pérdidas como resultado de declaraciones falsas contenidas en el presente podrá tener motivo para entablar una demanda civil en mi contra con el fin de recuperar sus pérdidas.
- Autorizo cualquier deducción a la nómina que se pudiera requerir para cubrir el costo de esta cobertura.
- Las declaraciones hechas son la base sobre la cual la cobertura se puede emitir.
- Las leyes de California prohíben que las compañías de seguros médicos requieran o utilicen una prueba de VIH como requisito para obtener cobertura médica.
- Una póliza de seguro médico grupal proporcionará a los empleadores cobertura igual para la pareja de hecho registrada de un empleado, asegurado o tenedor de la póliza al mismo grado, y sujeta a los mismos términos y condiciones, que se imponen al cónyuge del empleado, asegurado o tenedor de la póliza, y deberá informar a los empleadores de esta cobertura.
- He LEÍDO, ENTENDIDO, y DOY FE de que yo y mis dependientes hemos cumplido los requisitos de elegibilidad.

**SOLO PARA MIEMBROS DE LANDMARK HEALTHPLAN:**

Los términos y las condiciones para la inscripción se describen en el formulario Evidencia de cobertura y divulgación combinados de Landmark Health Plan of California, Inc. (el "Plan") y en el acuerdo grupal establecido entre el Plan y el grupo de su empleador.

En caso de que se acepte esta solicitud de cobertura, yo autorizo a mi proveedor médico, como lo permite la ley, a proporcionar al Plan información referente al estado de salud o tratamiento de cualquiera de los miembros nombrados arriba, como lo requiere el Plan, para autorizar o pagar los servicios cubiertos proporcionados por tal proveedor.

Además, autorizo al Plan y a cualquier otro plan médico a través del cual yo y/o mis dependientes tengamos cobertura a divulgarse mutuamente cualquier información que fuera necesaria para coordinar los beneficios entre los planes.

Con respecto a las autorizaciones mencionadas, estoy de acuerdo en que una copia de este formulario será tan válida como el original.

Acepto y entiendo que cualquiera y todas las disputas, incluidas reclamaciones referentes al suministro de servicios en virtud del plan y reclamaciones de negligencia médica ( esto es, si cualquiera de los servicios médicos proporcionados en virtud del plan médico fueron innecesarios o no autorizados, o fueron inapropiada, negligente o incompetentemente brindados), excepto reclamaciones sujetas a ERISA, entre yo y mis dependientes inscritos en el plan (incluido cualquier heredero o cesionario) y Landmark Health Plan of California, Inc., o cualquiera de sus principales, subsidiarias o afiliadas serán determinadas por arbitraje obligatorio. Cualquiera de tales disputas no se resolverá por litigio o recursos en el proceso judicial, excepto como lo disponga la ley federal de arbitraje para la revisión judicial de procedimientos de arbitraje. Todas las partes de este acuerdo renuncian a su derecho constitucional a que cualquiera de tales disputas se decidan en un juzgado ante un jurado, y en lugar de esto aceptan el uso de arbitraje obligatorio.

**Con mi firma abajo reconozco tanto mi entendimiento de la información presentada arriba como la decisión de inscribirme en la(s) cobertura(s) que he seleccionado.**

|            |                         |                         |
|------------|-------------------------|-------------------------|
| Firma<br>X | Nombre en letra impresa | Fecha MM DD AAAA<br>/ / |
|------------|-------------------------|-------------------------|

**DEBE RELLENAR LAS SECCIONES A-E PARA QUE SU FORMULARIO SEA PROCESADO**

# RENUNCIA AL PLAN DENTAL y/o DE LA VISTA

(solo para planes patrocinados por el empleador, no se requiere para los planes voluntarios)

## ¡IMPORTANTE!

Sólo rellene esta página si **NO DESEA RECIBIR COBERTURA DENTAL O DE LA VISTA** para usted y/o sus dependientes elegibles (si la ofrece su empleador). Si la cobertura de vida, de quiropráctico o la cobertura de quiropráctico/acupuntura es patrocinada por su empleador, no puede renunciar a ella y requiere rellenar el formulario de inscripción en la cobertura dental / de la vista / de quiropráctico / de vida.

### Información personal

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Nombre de la compañía | N.º de teléfono del empleador (xxx) xxx-xxxx |
| Apellido del empleado | N.º de Seguro Social del empleado<br>- -     |
| Nombre del empleado   | N.º de grupo<br>B _____                      |

### Tipo de renuncia

Mi empleador me ha ofrecido cobertura, pero en este momento deseo **NEGARME** a recibir la cobertura de la siguiente manera:

- 1) Cobertura dental para  Mí y mis dependientes  Cónyuge/Pareja de hecho  Hijo(s)  
2) Cobertura de la vista para  Mí y mis dependientes  Cónyuge/Pareja de hecho  Hijo(s)

### Motivo

Se requiere solo si el empleado renuncia a la cobertura; no se requiere si solo se renuncia a la cobertura de los dependientes

1) **Motivos de la renuncia a la cobertura dental**

- Cobertura dental con otro grupo Nombre de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_  
 Medicare N.º de grupo \_\_\_\_\_  
 Medi-cal  
 Póliza individual  
 Otro motivo \_\_\_\_\_ (se requiere explicación)

2) **Motivos de la renuncia a la cobertura de la vista**

- Cobertura de la vista con otro grupo Nombre de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_  
 Medicare N.º de grupo \_\_\_\_\_  
 Medi-cal  
 Póliza individual  
 Otro motivo \_\_\_\_\_ (se requiere explicación)

### Firma

- Entiendo que al renunciar ahora a la cobertura, ChoiceBuilder® puede imponer un periodo de exclusión de hasta 12 meses, que comenzaría en el momento de mi decisión posterior de elegir cobertura.  
 También entiendo que si mi empleador patrocina la cobertura de vida, la cobertura de quiropráctico o la cobertura de quiropráctico/acupuntura, yo NO PUEDO renunciar a estas coberturas. **(Si se patrocinan estos beneficios se DEBEN completar los pasos A-E.)**

No se aplicará la disposición sobre la renuncia si: 1) un juez ordena la cobertura de un cónyuge o un hijo y la solicitud de inscripción se presenta en un plazo de 60 días de dicha orden judicial; o 2) el empleado cumple con TODOS los requisitos siguientes: A) tiene cobertura con un plan de salud patrocinado por otro empleador en el momento de la elegibilidad inicial; B) Ha añadido a un dependiente nuevo como resultado de matrimonio, relación de hecho, nacimiento, adopción o colocación para adopción, y si la inscripción se solicitó dentro de 60 días después del matrimonio, relación de hecho, nacimiento, adopción o colocación para adopción, O el empleador o los dependientes elegibles pierden la cobertura mínima de atención médica, por cualquier razón que no sea incumplimiento del pago de las primas, fraude o declaración falsa intencional de un hecho material; C) solicita la inscripción en un plazo de 60 días de la fecha de la pérdida de la cobertura.

Empleado **FIRME AQUÍ PARA RENUNCIAR A LA COBERTURA DE SEGURO**



Fecha MM DD AAAA  
/ /

| ¿Quién puede tener cobertura?   | Fechas de vigencia  | Requisitos que se <b>DEBEN</b> cumplir  |
|---|---|---|
| <p><b>Nuevo cónyuge/<br/>Nuevo hijastro</b></p>                                 | <p>Si se recibe toda la documentación requerida antes del 16.º día del mes del matrimonio, las primas se cobran por todo el mes y la cobertura comienza la fecha del matrimonio.</p> <p>Si se recibe toda la documentación requerida el 16.º día del mes del matrimonio o después, la cobertura comienza el 1.º día del mes <u>posterior</u> a la fecha del recibo de la documentación.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ El nuevo cónyuge debe estar legalmente casado con el empleado</li> <li>■ El nuevo hijastro también debe cumplir los requisitos para hijos dependientes que se indican abajo</li> </ul>   |
| <p><b>Nacimiento/Adopción/<br/>Custodia legal/Hijo dependiente elegible</b></p> | <p>Si la fecha de nacimiento o colocación es antes del 16.º día del mes, la cobertura comienza el primer día del mes de la fecha de nacimiento o de colocación.</p> <p>Si la fecha de nacimiento o colocación es el 16.º día o después, el niño queda cubierto automáticamente sin costo alguno en el plan del suscriptor entre la fecha del nacimiento o colocación y el primer día del mes <u>siguiente</u>. La cobertura del dependiente comienza el primer día del mes posterior a la fecha de nacimiento o colocación.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hijo natural, hijastro o pupilo legal o hijo adoptado del empleado elegible, el cónyuge o la pareja de hecho del empleado</li> <li>■ Financieramente dependiente del empleado de acuerdo con las pautas del IRS</li> <li>■ Soltero o no involucrado en una unión de hecho</li> <li>■ Menor de 26 años (a menos que esté discapacitado, y la discapacidad se haya diagnosticado antes de los 26 años de edad)</li> </ul> <p><b>Dependientes discapacitados:</b> Los dependientes que no son capaces de mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad mental o física continua que existía antes de la edad límite son elegibles para la cobertura hasta que la discapacidad termine. Se solicitará documentación que compruebe la discapacidad. Una vez que el niño cumpla la edad límite para tener cobertura, se debe presentar una verificación de la elegibilidad cada año el día del cumpleaños del niño.</p> <p style="background-color: black; color: white; text-align: center; padding: 5px;"><b>Los dependientes deben cumplir con todos los requisitos indicados para poder inscribirse</b></p> |
| <p><b>Pareja de hecho/<br/>hijo de una pareja de hecho</b></p>                  | <p><u>Durante la inscripción inicial o la renovación anual del grupo:</u><br/>La cobertura comienza en la fecha de vigencia del grupo.</p> <p><u>Pérdida involuntaria de otra cobertura:</u><br/>Se puede agregar la pareja de hecho fuera del periodo de renovación solo si pierde la otra cobertura involuntariamente. La cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente.</p> <p><u>Adición a medio año:</u><br/>La adición de una pareja de hecho a mitad del año requerirá la presentación de una copia de la declaración de relación de hecho, con sello del estado, de la Secretaría de Estado de California en el lapso de 60 días de su emisión. Si las parejas de hecho han presentado una declaración de relación de hecho y aún no reciben una copia del estado, se aceptará una declaración jurada de relación de hecho firmada. La pareja de hecho acepta proporcionar una copia de la declaración de relación de hecho en un lapso de 60 días de su emisión. Si se recibe toda la documentación requerida antes del 16.º día del mes en el que se establece la unión de hecho, las primas se cobran por todo el mes y la cobertura comienza la fecha del evento. Si se recibe toda la documentación requerida el 16.º día del mes en el que se establece la unión de hecho o después, la cobertura comienza el 1.º día del mes <u>posterior</u> a la fecha del recibo de la documentación.</p> | <p><u>Para que una pareja de hecho califique, el empleado y la pareja de hecho deben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ambos han presentado una declaración de relación de hecho debidamente firmada ante la Secretaría de Estado y proporcionarán copias a ChoiceBuilder® en el lapso de 60 días de su emisión.</li> <li>■ Aceptar notificar a ChoiceBuilder inmediatamente a la terminación de la unión de hecho</li> </ul> <p><u>Los hijos de la pareja de hecho también deben cumplir los requisitos para hijos dependientes que se indican arriba</u></p> <p style="background-color: black; color: white; text-align: center; padding: 5px;"><b>El empleado y la pareja de hecho deben cumplir con todos los requisitos indicados para poder inscribirse</b></p>  |