

**Solicitud de inscripción del empleado de Humana - Seguro dental, de vida y de la vista MICHIGAN**

En esta solicitud, "Humana" hace referencia a la(s) compañía(s) que ofrece(n) el plan enumerada(s) a continuación, en forma individual o colectiva y según lo exija el contexto.

Los planes de seguro de vida y para la vista están asegurados o son administrados por Humana Insurance Company.

Los planes dentales están asegurados y son administrados por HumanaDental Insurance Company o Humana Insurance Company.

Escriba con letra de imprenta clara y rellene cada círculo donde corresponda. Fecha entrada en vigor propuesta: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nombre de la empresa	Ciudad de la empresa	Estado
----------------------	----------------------	--------

**Información sobre la afiliación** MI-72000-EI 3/2008

Parentesco	Apellido, Nombre ISN	Talla (pies/pulg.)	Peso (lb.)	Sexo	¿Estudiante a tiempo completo?	Fecha de nacimiento	¿Está discapacitado? En caso afirmativo, indique el motivo.
Empleado		/		<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	N/A	__/__/____	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Motivo:
Cónyuge		/		<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	N/A	__/__/____	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Motivo:
Hijo		/		<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	__/__/____	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Motivo:
Hijo		/		<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	__/__/____	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Motivo:
Hijo		/		<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	__/__/____	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Motivo:
Otro (especifique):		/		<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	__/__/____	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Motivo:

<b>INFORMACIÓN DEL EMPLEADO:</b>	<b>HORAS DE TRABAJO POR SEMANA:</b>	<input type="radio"/> JUBILADO	<b>FECHA CONTRATACIÓN TIEMPO COMPLETO:</b> __/__/____
No. de Seguro Social	Dirección		Apto./Suite/No. apartado postal
Ciudad	Estado	Código postal	No. de teléfono ( )
Idioma: <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español		Dirección de correo electrónico	

<b>Seguro dental</b>	No. de grupo:	No. de beneficio:	Clase/Div:	MI-72000-HD 3/2008
<b>Tipo de cobertura:</b>	<input type="radio"/> Sólo empleado <input type="radio"/> Empleado y cónyuge <input type="radio"/> Empleado e hijo(s) <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> SIN COBERTURA (complete la sección de exención)			Nombre del plan
¿Ha tenido cobertura dental en los últimos 12 meses (cobertura individual o grupal)? <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S				
Nombre de la compañía de seguro dental anterior		<b>Tipo de cobertura anterior:</b>	Fecha entrada en vigor	No. de póliza
		<input type="radio"/> Sólo empleado <input type="radio"/> Empleado y cónyuge <input type="radio"/> Empleado e hijo(s) <input type="radio"/> Familiar	__/__/____	
¿Ha tenido cobertura de ortodoncia en los últimos 12 meses? <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S			Fecha plazo	No. de teléfono de la compañía de seguro anterior ( )
			__/__/____	

<b>Seguro de vida básico</b>	No. de grupo:	No. de beneficio:	Clase/Div:	MI-72000-BL 3/2008
Nombre del beneficiario principal (apellido, nombre, ISN)		Nombre del beneficiario secundario (apellido, nombre, ISN)		
Clase (el empleador le suministrará esta información si es necesario)		Salario anual (si aplica) \$	¿Seguro de vida básico del dependiente? <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S En caso negativo, complete la sección de exención.	

<b>Seguro de vida voluntario</b>	No. de grupo:	No. de beneficio:	Clase/Div:	MI-72000-VL 3/2008
¿Cobertura del seguro de vida voluntario del empleado? <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	Cantidad (min. \$15,000) \$	Nombre del beneficiario principal (apellido, nombre, ISN)	Nombre del beneficiario secundario (apellido, nombre, ISN)	
¿Cobertura del seguro de vida voluntario del cónyuge? <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	Cantidad (min. \$5,000) \$	¿Cobertura del seguro de vida voluntario del/de los hijo(s)? <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	Salario anual del empleado (si aplica) \$	

<b>Seguro para la vista</b>	No. de grupo:	No. de beneficio:	Clase/Div:	MI-72000-VS 3/2008
<b>Tipo de cobertura:</b>	<input type="radio"/> Sólo empleado <input type="radio"/> Empleado y cónyuge <input type="radio"/> Empleado e hijo(s) <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> SIN COBERTURA (complete la sección de exención)			Nombre del plan

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**Exención (rechazo de cobertura)**

MI-72000-WV 3/2008

Manifiesto que he tenido la oportunidad de solicitar la cobertura de grupo disponible para mí y mis dependientes a través de mi empleador. Declaro que no he sido presionado ni forzado por parte de mi empleador, el agente de suscripción o Humana a renunciar (declinar) a la cobertura. Si he renunciado a cualquier cobertura ofrecida a mí o mis dependientes, mi firma a continuación es constancia suficiente de esta acción.

Por la presente, renuncio a la cobertura por (marque todo lo que corresponda): Seguro dental para: <input type="radio"/> Mi persona <input type="radio"/> Mi cónyuge <input type="radio"/> Mi(s) hijo(s) dependiente(s) Seguro de vida básico para: <input type="radio"/> Mi persona <input type="radio"/> Mi cónyuge <input type="radio"/> Mi(s) hijo(s) dependiente(s) Seguro de la vista para: <input type="radio"/> Mi persona <input type="radio"/> Mi cónyuge <input type="radio"/> Mi(s) hijo(s) dependiente(s)	Rechazo solicitar la cobertura de grupo debido a: <input type="radio"/> Cobertura de mi cónyuge <input type="radio"/> Seguro complementario a Medicare <input type="radio"/> Cobertura individual <input type="radio"/> Cobertura según el plan de otra empresa aseguradora proporcionado por mi empleador <input type="radio"/> Otro: _____
---	---

**Acuerdo**

MI-72000-AA 3/2008

**Acuse de recibo veraz y completo**

Entiendo, acepto y manifiesto que:

- He leído este documento o me lo han leído y las respuestas proporcionadas en toda esta solicitud de cobertura son, a mi leal saber y entender, veraces y completas.
- Ni mi empleador ni el agente tienen la autoridad de evadir una respuesta a cualquier pregunta, determinar la cobertura o asegurabilidad, modificar ningún contrato u omitir ninguno de los demás derechos y requisitos de Humana.
- Si esta solicitud de cobertura es aceptada, la cobertura entrará en vigor en la fecha especificada por Humana en el certificado de cobertura/certificado de seguro. Si tengo un dependiente nuevo debido a un evento calificador, es posible que más adelante pueda afiliarme a mí mismo o afiliarme a mis dependientes siempre y cuando haga la solicitud en un plazo de 31 días a partir de dicho evento calificador.
- En caso de que decida solicitar dicha cobertura más adelante, la solicitud posterior estará sujeta a los términos y condiciones pertinentes del/de los contrato(s) de grupo maestro o disposiciones del plan, lo cual puede exigir limitaciones y períodos de espera adicionales.
- Se me puede requerir que presente, a mi exclusivo costo y cargo, una constancia de estado de salud satisfactoria para Humana.
- Si rechazo la cobertura para mí o mis dependientes (incluido mi cónyuge) porque tengo otra cobertura, en el futuro puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de mi otra cobertura.
- Humana se reserva el derecho a demorar la cobertura médica y/o a denegar la cobertura de seguro de vida o seguro dental con cualquier solicitud futura de cobertura.
- Si para esta cobertura se requiere alguna deducción, autorizo a realizar dichas deducciones de mis ingresos. Si selecciona una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), autoriza a Humana o a sus socios bancarios a proporcionar su número de cuenta a su empleador a fin de depositar cualquier contribución.
- Cualquier tergiversación contenida en la presente en la que Humana se haya basado puede ser utilizada para reducir o denegar una reclamación, o anular el contrato dentro del período disputable si dicha tergiversación afectó materialmente la aceptación del riesgo.

**Autorización**

Autorizo a una tercera parte para obtener información relacionada con mi persona. Esto incluye obtener cualquier tipo de información médica y no médica, y compartir dicha información en todo o en parte con Humana, su reaseguradora o representantes legales, y sus compañías afiliadas.

**Mis dependientes y yo entendemos y aceptamos que:**

- La información obtenida a partir del uso de esta autorización puede ser utilizada por Humana para tomar decisiones con respecto a las reclamaciones, determinar si reúne los requisitos para la cobertura o para beneficios según la política y la administración de planes existentes.
- La información obtenida no será divulgada por Humana a ninguna persona ni organización excepto a las compañías reaseguradoras, al Medical Information Bureau, Inc. o a otras personas u organizaciones que realicen operaciones de atención médica o brinden servicios comerciales o legales relacionados con cualquier solicitud, reclamación o si se requiere por ley o si así lo autorizo (autorizamos) más adelante. Una vez que se haya divulgado información personal y de la salud (que incluye información médica, dental y farmacéutica) de conformidad con esta autorización, ésta puede volver a ser divulgada por el destinatario y la información posiblemente ya no esté protegida por los requisitos de privacidad federales y estatales.
- Una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
- Esta autorización tendrá una validez de dos años desde la fecha que aparece abajo y tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad de Humana.

**Este documento, junto con los apéndices que pueda tener, formará parte de cualquier contrato y servirá como base de todo certificado de cobertura o certificado de seguro que se expida.**

**Firma - Por favor firme abajo si se inscribe o si renuncia a la cobertura de grupo.**

MI-72000-SA 3/2008

**Si decide no firmar esta autorización, Humana no podrá completar su afiliación al plan ni determinar la tarifa de su prima debido a la imposibilidad de obtener la información necesaria.**

Firma del empleado o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y relación del representante legal: \_\_\_\_\_