

1.888.318.0274

No escriba en áreas sombreadas

Dirija esta solicitud a First Medical Health Plan, Inc. PO Box 195489 San Juan, Puerto Rico 00919-5489

SOLICITUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS Y PENSIONADOS LEY 95 (Menores De 65 Años, Medicare A Solo Y Sin Medicare A Y B) 2022

# De Grupo	<input type="radio"/> INGRESO NUEVO		<input type="radio"/> RENOVACIÓN		
# De Cuenta	SEGURO SOCIAL	CÓDIGO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
Plan (Tier)	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL				Sexo
B / Package	Dirección Postal:				Tel. Casa
Efectividad	Dirección Residencial:				Tel. Alternó
Vencimiento	Correo Electrónico:				Celular
PATRONO					
Agencia o Municipio		División	Clasificación de empleado	Estatus	
			<input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Transitorio C/más de 6 Meses <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Transitorio C/menos de 6 Meses <input type="checkbox"/> Unionado	

Pensionado Está usted en trámite de: Retiro Licencia sin sueldo. Fecha de comienzo de la misma: Transitorio C/menos de 6 Meses Unionado

PLAN

Individual Pareja Familiar ¿Tiene usted otro seguro médico? No Sí Indique cuál:

PLAN MANCOMUNADO: Si aplica, favor de completar información sobre el cónyuge; incluir forma SC-1335

Agencia del Cónyuge	División	Seg. Soc. del cónyuge	# de cuenta
Nombre del Cónyuge	F. de Nac. (M/D/A)	Pueblo de trabajo	Plan
		B /Package	
CUBIERTAS REGULARES DE LIBRE SELECCIÓN		Gastos Médicos Mayores	Seguro de Vida
<input type="checkbox"/> UNIFORME (ORO)	CUBIERTAS OPCIONALES	<input type="checkbox"/> INCLUIDO	<input type="checkbox"/> INCLUIDO
<input type="checkbox"/> PREMIUM ELA – RUBÍ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INCLUIDO
<input type="checkbox"/> CLASSIC ELA – RUBÍ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INCLUIDO

Dependientes Directos (Refiérase a la Guía del Suscriptor para la definición de dependientes directos)

Suf.	Parentesco	Añadir	Eliminar	Apellidos / Nombre / Inicial	Edad	Fecha de Nac. (M/D/A)	Sexo	Código	Si es estudiante universitario o incapacitado, incluya evidencia. Seg. Soc.					
	Cónyuge													

Dependientes Opcionales (Someter evidencia que cumpla con los requisitos de elegibilidad)

Cubierta (Será igual a la del Suscriptor Principal, excepto Medicare)

Suf.	Parentesco	Añadir	Eliminar	Apellidos / Nombre / Inicial	Edad	Fecha de Nac. (M/D/A)	Sexo	Código	Cubierta (Será igual a la del Suscriptor Principal, excepto Medicare)					
									<input type="checkbox"/> Menor de 65	<input type="checkbox"/> Mayor de 65 SIN A y B	<input type="checkbox"/> UNIFORME (ORO)	<input type="checkbox"/> PREMIUM ELA – RUBÍ	<input type="checkbox"/> CLASSIC ELA – RUBÍ	<input type="checkbox"/> Mayor de 65 años CON A y B
									<input type="checkbox"/> Complementaria					

Seguro de Vida: Beneficiarios (total de porcentos tiene que sumar 100)

Apellidos / Nombre / Inicial	Sexo	Código	Fecha de Nac. (M/D/A)	Parentesco	Porcentaje

Parte A y B de Medicare (Si usted, su cónyuge o dependiente directo u opcional tiene Medicare, favor acompañar evidencia) SI NO

<input type="checkbox"/> Usted	Fecha parte A					Fecha parte B				HIC Number:
<input type="checkbox"/> Cónyuge	Fecha parte A					Fecha parte B				HIC Number:
<input type="checkbox"/> Dep. Directo	Fecha parte A					Fecha parte B				HIC Number:

Cómputo de Prima

Cubierta Básica, Farmacia, Dental y Visión incluido	Gastos Médicos Mayores (Opcional)	Seguro de Vida (Opcional)	Costo Total
<input type="checkbox"/> UNIFORME (ORO) <input type="checkbox"/> PREMIUM ELA – RUBÍ <input type="checkbox"/> CLASSIC ELA – RUBÍ	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Dependiente Opcional	\$	\$	\$
Costo Total \$	Aportación Patronal \$	Aportación Mancomunado \$	= Aportación Empleado \$

Nombre Representante Autorizado, Orientador (letra de molde) y firma: _____ Número _____

Certifico y acepto haber sido orientado sobre la prima a pagar. Además, estoy de acuerdo con las instrucciones al dorso de esta solicitud. Nota: Si el suscriptor firma con una X, deberá estar presente un testigo.

Firma del Suscriptor _____
 Nombre del testigo y/o representante legal X _____
 Firma del testigo y/o representante legal X _____
 FMHP EF Gobierno

FECHA _____
 Número de teléfono: _____
 Relación con el suscriptor: _____

Dirija esta solicitud a First Medical Health Plan, Inc., PO Box 195489 San Juan, Puerto Rico 00919-5489

INSTRUCCIONES Solicitud para Empleados Activos y Pensionados del ELA (Menores de 65 años, Medicare A sólo y sin Medicare A y B)

1. Lea el folleto que aplica a la cubierta. Todas las secciones sombreadas en gris son para el uso exclusivo del Plan.
2. Escriba a bolígrafo en letra legible (no use lápiz). Complete todos los encasillados que le apliquen. No haga tachaduras ni borrones. **Conserve copia con fecha de entrega.**
3. **SOLICITUD DE INGRESO:** Marque con una **X** si es una solicitud de **nuevo ingreso** o **renovación**.
4. **NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** El Suscriptor principal debe escribir su **nombre y número de seguro social tal y como aparece en su cheque de nómina**. Escriba toda la información personal solicitada.
5. **PATRONO:** Escriba la información sobre la agencia o municipio donde usted trabaja, fecha de empleo e indique con una **X** los encasillados que apliquen.
 - Transitorios con contratos de menos de seis meses no tienen derecho a la Aportación Patronal, pero sí a suscribirse en el Plan.
 - Empleados en Licencia Sin Sueldo deberán notificar la fecha en que comenzaron dicha licencia.
6. **PLAN:** Marque con una **X** el tipo de plan (individual, pareja, familiar).
 - Favor de incluir la forma SC-1335 si su plan es **MANCOMUNADO** y complete la información solicitada sobre su cónyuge.
7. **CUBIERTAS:** Seleccione con una **X** la cubierta deseada:
 - Cubierta Regular - Debe escoger una de las alternativas: **UNIFORME (ORO)**, **PREMIUM ELA - (RUBÍ)**, **CLASSIC ELA - (RUBÍ)**, todas con Libre Selección.
 - Cubiertas Opcionales - Puede escoger las opciones que desee bajo su plan para usted y sus dependientes en el contrato.
8. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Incluya la información de sus dependientes directos.
 - Las primeras dos líneas, están reservadas para la información de su cónyuge.
 - Si no tiene cónyuge y tiene otros dependientes directos (Ej. hijos) escriba la información a partir de la línea de cónyuge.
 - Los hijos son elegibles como dependientes directos hasta cumplir los 26 años de edad.
9. **DEPENDIENTES OPCIONALES:** Incluya la información de sus dependientes opcionales en el mismo formato de los dependientes directos.
 - Los hijos solteros mayores de 26 años que son estudiantes solo cualifican como dependientes opcionales si dependen sustancialmente de dicho empleado para su sustento. Es responsabilidad del empleado asegurado o suscriptor demostrar que sus dependientes opcionales cumplan con estos requisitos.
 - Es importante que a los dependientes opcionales que se acojan a la cubierta de Medicare incluyan la dirección postal de cada dependiente.
 - La cubierta del dependiente opcional será igual a la del Suscriptor Principal, excepto en Medicare.
 - Favor de seleccionar el médico primario para cada dependiente opcional e indicar número del grupo médico. Serán elegibles a cubiertas de Medicare Advantage aquellos **dependientes opcionales de empleados activos**, siempre y cuando no estén acogidos a Medicare por razones de incapacidad o condición crónica renal.
 - Si incluye a un **dependiente opcional** con las partes A y B de Medicare, tiene que incluir copia de la tarjeta de Medicare.
10. **SEGURO DE VIDA:** Sólo el suscriptor principal. Complete la información sobre la designación de **beneficiarios** para la cubierta de Seguro de Vida. De necesitar más espacio para los beneficiarios deberá indicar en la solicitud que incluirá los beneficiarios en un anejo, debidamente firmado.
11. **CÓMPUTO DE PRIMA:** Favor de verificar que en el cómputo de Prima se hayan incluido todas las cubiertas solicitadas y dependientes opcionales. Verificar que esté correcto antes de firmar la solicitud.
12. Verificar que esté firmada por el orientador o vendedor.
13. **Firme** la solicitud y escriba la **fecha en que entregó la solicitud**.
14. Asegúrese que la información suministrada esté correcta y completa. La falta de información solicitada puede ocasionar que la solicitud no sea procesada hasta que provea la información requerida.
15. Retenga la segunda hoja de la solicitud con el acuse de recibo del Plan. El original deberá ser entregado a First Medical Health Plan, Inc., y la copia a la Agencia o Municipio.

AVISO ANTIFRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayude o hiciera 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 (\$1,000) mil dólares ni mayor de (\$5,000) cinco mil dólares.

Una vez usted como beneficiario esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, su plan no puede ser revocado o enmendado, a menos que no realice el pago de la prima y cumpla con los periodos de gracia que concede el Código de Seguros; que haya realizado un acto constitutivo de fraude; o haya realizado, intencionalmente una falsa representación que esté prohibida por el plan, o cualquier otro acto que represente un delito, sobre un asunto importante y material para la aceptación del riesgo, o para el riesgo asumido por el asegurador.

La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para el asegurado o tercero reclamante que no cumpla con las disposiciones de este Artículo. (Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. Secc. 2732, según enmendado el 8 de enero de 2004).

Reconozco que este formulario de Inscripción/Cambio contiene información confidencial y privilegiada, la cual ha sido suministrada de forma libre y voluntaria. La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. Autorizo al Plan a que remita información confidencial y privilegiada al correo electrónico provisto. La distribución o divulgación de dicha información a terceros sin previa autorización está totalmente prohibida.

Autorizo al Plan a recopilar, usar o divulgar información protegida para propósitos de mercadeo de bienes o servicios o para cualquier beneficio comercial de otro tipo. Además, autorizo a recibir en mi correo electrónico o mi celular mensajes promocionando servicios existentes o nuevos del Plan. Esta autorización estará vigente por un término de 24 meses y podrá revocarse por escrito en cualquier momento. El no firmar esta autorización no afectará los beneficios de mi cubierta.

Firma _____

Firma _____ Fecha _____

Declaración _____

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 a las descritas en el Contrato Uniforme. 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 a la Administración de Seguros de Salud (ASES). Autorizo al Plan a obtener de proveedores de servicio la información médica relacionada a mí o 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.