

C.V.

#VD



Envíe esta Solicitud a:  
PO Box 191580  
San Juan PR 00919-1580

**PYMES**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre del producto seleccionado: \_\_\_\_\_

Fecha de efectividad solicitada: \_\_\_\_\_

Cubiertas Opcionales:  Gastos Médicos Mayores \_\_\_\_\_  Dental \_\_\_\_\_  
 PAE

Fecha de inicio en el empleo: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO SUSCRITO**

Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social (Requerido)	
Dirección Postal				Dirección Física			
Zip				Zip			
Teléfono Empleo		Teléfono Residencia		Teléfono Celular		Fecha de Nacimiento	
Ext. ( )						MES DIA AÑO	
Edad		Nombre del Trabajo		Ocupación		Estado Civil	
						Casado Soltero Otro	
Sexo		Dirección del lugar donde trabaja		Ocupación		Correo Electrónico	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>							
¿Tiene Plan Médico? COB		Si Tiene, ¿Cuál?:		Fecha de Efectividad		Tipo de Beneficio	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	

**ACUERDO DE DESCUENTO DE NÓMINAS**

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo a cualquier entidad o persona que posea información médica sobre mí o mis dependientes elegibles que guarde relación con mi Plan de Salud, a que la suministre a First Medical Health Plan cuando así lo soliciten. Me comprometo a responder por los costos incurridos por FMHP a consecuencia de cualquier uso indebido de esta cubierta en o después del periodo de vigencia de la misma. En caso de que mi patrono no realice el descuento correspondiente a mi plan, me hago responsable de pagar la tarifa directamente a FMHP.

Autorizo a mi patrono que deduzca de mi salario aquellas cantidades que ahora o más adelante deba yo pagar para el plan de First Medical Health Plan, Inc.

Firma del Empleado Suscrito \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**DEPENDIENTES DIRECTOS (CÓNYUGE O COHABITANTE E HIJOS):**

Suf	Parentesco	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Fecha de Nac.	Sexo	Code	Indique si tiene otro plan
¿Está su dependiente empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Patrono del Dependiente					Edad del Dependiente				
¿Participa su dependiente del plan médico que ofrece su patrono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						Número de Contrato del Plan Patronal		Número de Seguro Social (Requerido)	
Plan de Salud del patrono del dependiente: _____									
¿Tipo de Cubierta del Plan Patronal? <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar						Fecha de Efectividad			
Tipo de Beneficio del Plan Patronal						<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia			
¿Está su dependiente empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Patrono del Dependiente					Edad del Dependiente				
¿Participa su dependiente del plan médico que ofrece su patrono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						Número de Contrato del Plan Patronal		Número de Seguro Social (Requerido)	
Plan de Salud del patrono del dependiente: _____									
¿Tipo de Cubierta del Plan Patronal? <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar						Fecha de Efectividad			
Tipo de Beneficio del Plan Patronal						<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia			
¿Está su dependiente empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Patrono del Dependiente					Edad del Dependiente				
¿Participa su dependiente del plan médico que ofrece su patrono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						Número de Contrato del Plan Patronal		Número de Seguro Social (Requerido)	
Plan de Salud del patrono del dependiente: _____									
¿Tipo de Cubierta del Plan Patronal? <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar						Fecha de Efectividad			
Tipo de Beneficio del Plan Patronal						<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia			
¿Está su dependiente empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Patrono del Dependiente					Edad del Dependiente				
¿Participa su dependiente del plan médico que ofrece su patrono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						Número de Contrato del Plan Patronal		Número de Seguro Social (Requerido)	
Plan de Salud del patrono del dependiente: _____									
¿Tipo de Cubierta del Plan Patronal? <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar						Fecha de Efectividad			
Tipo de Beneficio del Plan Patronal						<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia			

## TÉRMINOS DE CUBIERTA

Reconozco y certifico que he completado todas las respuestas en este formulario relacionadas a mi persona y a mis dependientes elegibles con la verdad y certeza basado en mi mejor conocimiento y que no se ha omitido ni retenido información. Entiendo y estoy de acuerdo que mi representante autorizado de seguros no tiene autoridad para omitir mi respuesta completa a cualquier pregunta, promesa de elegibilidad, alterar cualquier contrato u omitir cualquier regulación para un plan de salud grupal de Puerto Rico. En caso de recibir una solicitud incompleta, la información será válida por un máximo de 60 días desde la fecha de la firma de la solicitud.

Al completar esta solicitud de afiliación, estoy de acuerdo con lo siguiente: Al afiliarme a este plan de salud, debo de cumplir con el pago de las primas correspondientes dentro de los términos acordados y exigidos por el plan de salud. Además, entiendo que si no realizo los pagos de primas correspondientes, tendré un periodo de gracia de 31 días, durante el cual tengo la obligación de cubrir toda y/o cualquier prima en atraso incluyendo dicho mes. De no cubrir cualquier pago de prima pendiente dentro de este término, seré desafilado del plan a la fecha de vencimiento del periodo de gracia y reconozco que FMHP, Inc., no será responsable por el pago de reclamaciones incurridas de servicios médico-hospitalarios y de farmacia luego de la fecha de cancelación y será parte de mi responsabilidad como suscriptor.

La utilización de mi tarjeta por personas ajenas a mi círculo familiar aquí identificados, equivale a una cancelación inmediata y cargos criminales. Certifico que he leído este documento y que la información provista en el mismo es a mi entender fiel y exacta.

## AVISO ANTIFRAUDE

Cualquier persona que, a sabiendas y que con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayude o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de pérdida u otro beneficio, o presentare mas de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicta que fuere, será sancionada, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000.00), ni mayor de diez mil dólares (\$10,000.00) o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años; 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 dólares (\$1,000.00) ni mayor de cinco mil dólares (\$5,000.00). Una vez usted como beneficiario esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, su plan no puede ser revocado 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 First Medical Health Plan, Inc. La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para el suscriptor o tercero reclamante que no cumpla con las disposiciones de este Artículo. Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LP.RA § 2732, según enmendado.

## AUTORIZACIÓN PARA RECOPIRAR, USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN

Para FMHP, Inc. es importante salvaguardar la información de salud protegida de nuestros clientes y nosotros trabajamos día a día para cumplir con ese propósito. Para que usted pueda ser el representante debidamente autorizado de la(s) persona(s) quienes recibirán los beneficios de esta cubierta de salud, debe hacerse por escrito y contener todo lo siguiente:

1. La identidad de la persona objeto de la información de salud protegida.
2. Una descripción del tipo de información de salud que se recopilará, usará o divulgará.
3. La identidad de la persona o entidad autorizada a usar o divulgar información de salud protegida.
4. El nombre y la dirección de la persona a quien se deberá divulgar la información de salud protegida.
5. El propósito de la autorización, lo cual incluye: la razón de la recopilación, el uso propuesto y el alcance de la divulgación que se pudiera hacer.
6. La fecha y firma de la persona objeto de la información de salud protegida o la persona que tiene la potestad legal para otorgar la autorización con evidencia de la autoridad para representar a la persona.
7. Una declaración a los efectos de que la persona objeto de la información de salud protegida podrá revocar la autorización por escrito en todo momento, y que la cancelación será prospectiva.
8. Una declaración informando al individuo que la información usada o divulgada conforme a la autorización pudiera ser redivulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicables.

Además, estoy de acuerdo en que una copia fotostática de esta solicitud será tan válida como el documento original y es válido por 24 meses después de la fecha de efectividad. Una firma facsímil legible debe tener la misma efectividad que el original. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocar esta autorización:

- Debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación a First Medical Health Plan, Inc.
- La revocación no aplicará a la información que ha sido ya revelada en respuesta a esta autorización.
- La revocación será efectiva después de recibida y trabajada por la unidad de Seguridad y Privacidad de First Medical Health Plan, Inc.
- Los beneficios de la cubierta de salud no quedaran afectados en caso de revocación de esta autorización.

Este documento será parte del contrato cuando la cubierta sea aprobada y emitida. Conozco que tengo el derecho de solicitar una copia de este consentimiento para liberar información.

Autorizo a que First Medical Health Plan, Inc., conduzca las auditorías de las reclamaciones por servicios de cuidado de salud recibidos. Esta autorización se extiende a las auditorías realizadas conforme al Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y las leyes federales y estatales que sean aplicables.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN MERCADEO / MENSAJE DE TEXTO

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 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 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Nombre	Inicial	Apellidos	Patrono					
Fecha de Nacimiento		Día	Mes	Año	Sexo	Num. Seguro Social		
						-	-	
Beneficiarios						Parentesco	Porcentaje%	Fecha de Nacimiento

Designación de beneficiarios: La suscripción en el plan de salud de First Medical Health Plan, Inc., bajo el *Affordable Care Act* (ACA) le provee al suscriptor principal del referido plan de salud, el beneficio adicional de un seguro de vida por la suma de cinco mil dólares (\$5,000). Dicho seguro de vida será emitido y administrado por Triple S Vida, Inc., efectivo a la fecha de suscripción en el plan de First Medical Health Plan, Inc., bajo el *Affordable Care Act* (ACA).

\*\*La Cubierta Básica incluye los beneficios de farmacia, Seguro de Vida, más todos los Beneficios Esenciales de Salud requeridos por la *Affordable Care Act*. (ACA).

\*\*La Cubierta Dental, la Cubierta Gastos Médicos Mayores y el Programa de Ayuda al Empleado (PAE) son beneficios opcionales.

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. La distribución o divulgación de dicha información a terceros sin previa autorización esta totalmente prohibida.

Firma del Empleado Suscrito o Representante Legal

Fecha

## **AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE CUBIERTA, AVISOS Y OTROS DOCUMENTOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS**

USTED DEBE LEER CUIDADOSAMENTE EL SIGUIENTE AVISO. Este aviso contiene información importante sobre sus derechos, al igual que limitaciones y exclusiones que pudieran aplicarle.

Reconozco que tengo derecho a que se me envíe la cubierta por correo o se me entregue personalmente. No obstante, entiendo y aseguro que al firmar este aviso consiento a que First Medical me envíe la cubierta, avisos y otros documentos (en adelante “Documentos”), mediante envío electrónico, sin costo adicional.

El envío electrónico de los Documentos se considerará el equivalente a y sustituirá el envío por escrito mediante correo postal o entrega personal. Entiendo que tengo el derecho de optar a que se me envíen Documentos de manera impresa por correo postal o personalmente, sin costo adicional. Reconozco que la entrega electrónica de los documentos es estrictamente voluntaria y que la efectividad o validez de una cubierta no dependerá de mi consentimiento para el envío electrónico de Documentos. **No se podrá cancelar, negarse a emitir o negarse a renovar mi cubierta debido a mi negativa a consentir al envío electrónico.**

Puede acceder a todos sus Documentos utilizando nuestra aplicación desde cualquier dispositivo electrónico, ya sea computadora, tableta, teléfono inteligente *Iphone* o *Android*, abriendo su navegador de preferencia y entrando al portal de First Medical, <https://www.firstmedicalpr.com/empresas-privadas/>. Una vez usted autoriza la entrega de los documentos por medios electrónicos usted certifica que tiene disponible el equipo electrónico adecuado para acceder a los mismos.

Cuando sea necesario, se le notificará en detalle de cualquier cambio en las especificaciones del equipo o aplicación que sea necesario para acceder o retener los documentos o información electrónica que se le remita.

Puedo revocar este consentimiento y/o actualizar mi información en cualquier momento mediante comunicación al Departamento de Servicio al Cliente de First Medical (1-888-318-0274). Aun cuando haya dado mi consentimiento, mantengo mi derecho a recibir copia impresa de los Documentos mediante correo postal o entrega personal en cualquier momento sin costo adicional.

***Ninguna notificación de cancelación o terminación de cubierta se realizará exclusivamente mediante envío electrónico; este tipo de notificación siempre se hará mediante correo postal o entrega personal.***

Firma del Empleado Suscrito o  
Representante Legal

Fecha