

Sección C: Los grupos del empleador DEBEN llenar la Sección C

Conteste las siguientes preguntas que se aplican a todos los empleados elegibles o dependientes con cobertura (incluyendo COBRA, cualquier programa estatal de continuación y jubilados elegibles). Según sus conocimientos, ¿alguna de las personas para las que solicita cobertura ha tenido un diagnóstico o tratamiento de un proveedor por alguna de las siguientes condiciones en los últimos cinco años? Marque Sí o No; si la respuesta es Sí, encierre en un círculo todas las que correspondan. Explique en la sección de abajo cada elemento que marque "Sí".

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| 1. Cáncer: Escriba (si lo sabe) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 2. Enfermedad cardíaca o vascular | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 3. Trasplante de órgano/médula ósea (planificado o hecho) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 4. Artritis reumatoide o psoriásica | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 5. Diabetes: Escriba (si lo sabe) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 6. Fibrosis quística, enfisema, asma u otra enfermedad pulmonar | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 7. Trastorno de la columna vertebral, espalda, articulaciones o huesos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 8. Epilepsia/trastorno de convulsiones | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 9. Trastorno de la sangre, incluida la hemofilia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 10. VIH/SIDA | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 11. Enfermedad del riñón o vejiga, diálisis renal | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 12. Enfermedad hepática o hepatitis: Escriba (si lo sabe) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 13. Esclerosis múltiple, parálisis muscular o cerebral | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 14. Medicamentos especializados de alto costo/terapia de infusión | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 15. Trastornos psicológicos y mentales | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 16. Derrame cerebral o parálisis | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 17. Enfermedad de Gaucher | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 18. Colitis o enfermedad de Chron | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |
| 19. Cualquier condición/enfermedad no mencionada arriba o <i>cirugía prevista</i> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cantidad de personas: _____ |

¿Tiene empleados, dependientes o personas cubiertas por Cobra que sean elegibles para reclamos de cobertura ocurridos durante los últimos 12 meses y superiores a \$10,000 (médicos o de farmacia)? _____ Sí _____ No. Si la respuesta es Sí, explique abajo.

¿Hay empleados actualmente discapacitados o inactivos en el trabajo por otras razones? _____ Sí _____ No. Si la respuesta es Sí, explique abajo.

¿Hay empleadas o dependientes elegibles que estén actualmente embarazadas? _____ Sí _____ No. Si la respuesta es Sí, explique abajo. Mencione a cada persona en una línea distinta e incluya la edad y fecha de parto. Además, indique si es un embarazo múltiple o de alto riesgo.

***** Explique en este espacio las respuestas "Sí". Si necesita más espacio, adjunte otra hoja. Firme y escriba la fecha en todos los documentos adjuntos. *****

Descripción de la condición	¿Es constante la condición? (Sí o No)

Mi firma abajo verifica que la información contenida en esta solicitud de cobertura grupal es precisa y verdadera a mi leal saber y entender. Doy fe de que las personas mencionadas arriba son empleados activos de la organización. Entiendo que Geisinger Health Plan tiene derecho a hacer revisiones para la renovación anual de los verificadores del formulario tributario correspondiente o los registros de nómina para confirmar el empleo de las personas inscritas. También entiendo que si la evaluación de riesgos de Geisinger Health Plan tiene pendiente la revisión de solicitudes, las tasas grupales individuales variarán según los factores de edad/género e índices de la industria. Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de un reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el propósito de engañar, oculte información sobre cualquier hecho material relacionado, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito y esa persona será susceptible a sanciones penales y civiles.

Sección D: Firmas necesarias

Firma del empleador: _____ Nombre del corredor (si corresponde): _____

Nombre del empleador (letra de molde): _____ Nombre de la agencia corredora: _____

Título: _____ Fecha: _____