

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA GENERAL (llenada por el empleador)**

1. Número de grupo: \_\_\_\_\_ 3. Número de Id. del seguro: \_\_\_\_\_  
 2. Número de clase: \_\_\_\_\_ 4. Nombre del representante de ventas: \_\_\_\_\_  
 5. Fecha de entrada en vigor del cambio: \_\_\_\_\_ (MM/DD/AA)  
 6. Esta aplicación se envía como resultado de: **(Marque una opción)**  
 a.  Inscripción grupal inicial e.  Renuncia a los criterios de nueva contratación  
 b.  Período de inscripción grupal abierta f.  Regreso de suspensión del empleo  
 c.  Contratación de empleado nuevo  
 d.  Cambio debido a un acontecimiento calificante (si marcó esta casilla, especifique el tipo de acontecimiento y responda la pregunta 7)  
 (i) Especifique el tipo de acontecimiento: \_\_\_\_\_  
 7. ¿Está el suscriptor o dependiente elegible del suscriptor eligiendo continuación de la cobertura por COBRA o Mini-COBRA?  
**(Marque una opción)**  Sí  No  No corresponde

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Escriba en letra de molde)**

1. Nombre del médico de atención primaria (PCP) \_\_\_\_\_  
 2. Ubicación del PCP (ciudad) \_\_\_\_\_ 3. Número de PCP \_\_\_\_\_  
 4. ¿Es un paciente existente de un médico de atención primaria seleccionado?  Sí  No

5. NOMBRE LEGAL (APELLIDO)			6. (NOMBRE)		7. (INICIAL DEL 2.º NOMBRE)	8. GÉNERO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	
9. DIRECCIÓN (NÚMERO)	(CALLE)	(N.º DE APTO.)	10. CIUDAD	11. ESTADO	12. CÓDIGO POSTAL	13. CONDADO	
14. NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA		15. CELULAR		16. MEDIO DE CONTACTO PREFERIDO: <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO			
17. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____							

La dirección de correo electrónico que proporcione en esta solicitud permite que Geisinger Health Plan o Geisinger Quality Options, Inc. (el "Plan médico") haga sus actividades comerciales y dé un buen servicio. Se usa para comunicarnos con usted para facilitar las actividades como inscripción, identificación de clientes, facturación y encuestas de satisfacción de los miembros. La dirección de correo electrónico que proporcione se almacenará en una base de datos segura y no se venderá a ninguna entidad fuera del Plan médico. Podrá optar por no recibir las comunicaciones de correo electrónico.

18. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		19. FECHA DE NACIMIENTO MES   DÍA   AÑO			20. ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO		
21. EMPLEADOR (NOMBRE, CIUDAD Y TELÉFONO)				22. FECHA DE CONTRATACIÓN		23. N.º DE EXPEDIENTE MÉDICO DE GEISINGER (si lo hay)	

24. Mientras esté inscrito en Geisinger Health Plan o Geisinger Quality Options, Inc. (colectivamente "Plan médico"), ¿también tendrá cobertura de Medicare?  
 Sí  No  Si respondió "Sí", proporcione: Su número de Medicare: \_\_\_\_\_ (Marque una opción)  Parte A  Parte B

25. Mientras esté inscrito en el Plan médico, ¿alguno de los dependientes mencionados en este formulario también tendrá cobertura de Medicare?  
 (Marque una opción) Sí  No  Si respondió "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de los dependientes	Número de Medicare	Parte A	Parte B (Marque la que corresponda)

26. Mientras esté inscrito en el Plan médico, ¿usted o alguno de los dependientes mencionados en este formulario también tendrá cobertura de otro seguro médico? Sí  No

Si la respuesta es "Sí", llene la siguiente información:

A. Nombre de la compañía de seguros: _____	E. Id. o n.º del Seguro Social: _____
B. Nombre del suscrito: _____	F. Nombre del grupo (empleador): _____
C. Marque una opción: <input type="checkbox"/> Plan familiar <input type="checkbox"/> Individual	G. Número del grupo _____
D. Fecha de entrada en vigor de la cobertura: _____ (Mes) (Día) (Año)	

### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/DEPENDIENTE

INDIQUE APELLIDO SI ES DISTINTO QUE EL DEL SOLICITANTE			N.º DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	N.º DE EXPEDIENTE MÉDICO DE GEISINGER (SI LO HAY)	NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	NÚMERO DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	LUGAR (CIUDAD)
NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	APELLIDO		<input type="checkbox"/> ESPOSO <input type="checkbox"/> ESPOSA					
NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	APELLIDO		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> OTRO*					
NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	APELLIDO		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> OTRO*					
NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	APELLIDO		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> OTRO*					
NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	APELLIDO		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> OTRO*					

\*En el espacio abajo, describa brevemente el tipo de relación legal "Otro" entre el dependiente y usted.

**TENGA EN CUENTA:** Se exigirá documentación que obligue al solicitante o al cónyuge del solicitante, si corresponde, a proporcionar cobertura de atención médica a los dependientes. Todos los dependientes deben cumplir los criterios de elegibilidad.

Nombre de los dependientes	Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Descripción de relación legal
	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	

**TENGA EN CUENTA:** Si alguno de sus dependientes, para los que presenta la solicitud, no vive en la dirección indicada en la Sección B, indique los nombres, direcciones actuales y motivos por los que sus dependientes no viven en esa dirección, en el espacio de abajo. Si los dependientes viven con un padre o madre custodio, proporcione el nombre del padre o madre custodio.

### AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si está renunciando a la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) porque tiene cobertura de otro seguro médico o plan médico grupal, podrá inscribirse en este plan si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a dicha cobertura). No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de que termine la otra cobertura para usted o sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a dicha cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podrá inscribirse usted y sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de 60 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, llame a nuestro Equipo de Atención al Cliente al 1-800-447-4000.

### RENUNCIA A LA INSCRIPCIÓN

Declaro que tengo cobertura de otro plan médico grupal o seguro médico y, por lo tanto, renuncio a la inscripción para mí y mis dependientes.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Firma del empleador

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

### DECLARACIÓN SOBRE FRAUDE

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud del seguro o declaración de un reclamo con 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.

### DECLARACIONES

Mediante el presente solicito la cobertura del Plan médico que se me ofrece a mí y a mis dependientes, si la hay, como se muestra arriba. Entiendo que esta solicitud debe ser aceptada por el Plan médico y que, si se emite un Certificado de suscripción, los servicios disponibles estarán sujetos a las exclusiones, limitaciones y otras condiciones del Certificado de suscripción o cláusulas adicionales, si corresponde. En caso de que se determine que uno (1) o más de mis dependientes no son elegibles para su inscripción en el Plan médico conforme al Certificado de suscripción, autorizo al Plan médico a procesar esta solicitud, omitiendo los nombres de los dependientes no elegibles. También entiendo que las tarifas para el Certificado de suscripción o las cláusulas adicionales, si corresponde, emitidas para mí están sujetas a cambios del Plan médico, conforme a los términos del acuerdo con mi empleador, y con aviso anticipado de treinta (30) días a mi empleador, quien me representa. Autorizo a mi empleador a hacer deducciones periódicas de mi sueldo o salario por la cantidad, de haber alguna, que debo contribuir por las tarifas de la cobertura que se proporciona según mi Certificado de suscripción o cláusulas adicionales.

Autorizo al Plan médico a transmitir electrónicamente la información contenida en la misma. Si la solicitud se tomó por teléfono o en la computadora, reconozco que yo no he firmado realmente esta solicitud, pero, en su lugar, mediante la presente autorizo al Plan médico a estampar una confirmación electrónica en la línea de firma de la solicitud y acepto que la misma se trate como una firma válida para todos los fines de este formulario. Reconozco que el Plan médico verificó mi identidad para este fin, de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones aplicables.

La información registrada arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la tergiversación deliberada de información importante por mi parte en esta solicitud puede ser motivo de cancelación del Certificado de suscripción o cláusulas adicionales, si corresponde, emitido por el Plan médico en relación con esta solicitud, previo aviso y conforme a la ley vigente.

Declaro que leí o me leyeron este documento, incluyendo las secciones tituladas "Aviso de derechos de inscripción especial", "Declaración sobre fraude" y "Declaraciones".

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Firma del empleador

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

# La discriminación es ilegal

Geisinger Health Plan y Geisinger Quality Options, Inc., y Geisinger Indemnity Insurance Company (en conjunto, denominados como el "Plan médico") cumplen todas las leyes de derecho civil federales aplicables y no discriminan por raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. El Plan médico no excluye a las personas ni las trata distinto debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

El Plan médico:

- Da ayuda y servicios gratis a las personas que tienen discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficaz, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios de idiomas gratis a personas que no hablan inglés como su primer idioma, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al Plan médico al 800-447-4000 o TTY: 711.

Si cree que el Plan médico no ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal con:

Civil Rights Grievance Coordinator  
Geisinger Health Plan Appeal Department  
100 North Academy Avenue, Danville, PA 17822-3220  
Teléfono: 866-577-7733, TTY: 711  
Fax: 570-271-7225  
GHPCivilRights@thehealthplan.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Quejas Formales de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de manera electrónica en el Portal de quejas de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F  
HHH Building, Washington, DC 20201  
Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-447-4000 or TTY: 711.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-447-4000 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-447-4000 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-447-4000 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-447-4000 (телетайп: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-447-4000 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-447-4000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-447-4000 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-447-4000 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-447-4000 (ATS: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-447-4000 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 800-447-4000 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-447-4000 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-447-4000 (TTY: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-447-4000 (TTY: 711)។

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-447-4000 (TTY: 711).

HPM 50 alb: Nondiscrimination dev. 9.12.16  
Y0032\_16242\_2 File and Use 9/2/16