

**SHARP**  
HEALTH PLAN  
**SOLICITUD PARA INSCRIPCION**

¿PREGUNTAS?  
Llame o email a Servicios para los Miembros:  
**(800) 359-2002**  
customer.service@sharp.com  
Fax: (619) 228-2444  
www.SharpHealthPlan.com

**RAZON PARA ESTA SOLICITUD**

RECHAZAR COBERTURA MEDICA (Para rechazar cobertura medica, llene la parte de abajo)

Empleado Nuevo  Empleado de Reingreso  Empleado de Periodo de Inscripción

Agregar un Dependiente:

Plan Cal-COBRA  COBRA  Acontecimiento Calificativo (una la prueba)

Terminar con Cobertura Médica

Cambio de Domicilio  Cambio de Nombre  Quitar Dependiente

**EMPLOYER'S USE**

GROUP NAME

GROUP NUMBER EFFECTIVE DATE

**INDIQUE LA CLASE DE COBERTURA ABAJO (INDIQUE TODOS LOS QUE APLICAN)**

Plan HMO | **Plan de Dos Opciones:**  Plan de Superior  Plan de Estándar |  Otro (Indíquelo):

**INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO**

NO. DE SEGURO SOCIAL NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE COMPLETO) TELEFONO DE DOMICILIO TELEFONO DE TRABAJO EXTENSION

DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL CONDADO FECHA DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL SEXO MEDICO DE CABECERA (PCP) (SI EL ESPACIO EN BLANCO, PLAN ASIGNA MEDICO DE CABECERA) CODIGO DE PCP ¿ES UD. AUN SU PACIENTE?

NOMBRE DEL EMPLEADOR TITULO / OCUPACION NUM. DE HORAS DE TRABAJO SEMANALES ¿TRABAJA ACTUALMENTE? ¿DONDE ESTA LOCALIZADO SU MEDICO GENERAL?

**INFORMACION DE DEPENDIENTE - SI QUIERE COBERTURA PARA SUS DEPENDIENTES, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION**

APELLIDO, NOMBRE COMPLETO	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M / F	MEDICO DE CABECERA (PCP) (SI EL ESPACIO EN BLANCO, PLAN ASIGNA MEDICO DE CABECERA)	CODIGO DE PCP	¿ES PACIENTE ACTUAL? SI NO
ESPOSA / PAREJA DOMESTICA						
DEPENDIENTE						
DEPENDIENTE						
DEPENDIENTE						
DEPENDIENTE						

**COBERTURA MEDICA ADICIONAL**

¿TIENE USTED O SUS DEPENDIENTES ALGUN TIPO DE COBERTURA MEDICA QUE PIENSEN SEGUIR MANTENIENDO?  Si  No (Si respondió afirmativamente explique):  Yo mismo  Cónyugue  Dependiente

NOMBRE DEL ASEGURADO NO. DE SEGURO SOCIAL NO. DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO No. DE GRUPO PATRONO DEL ASEGURADO

**DECLINACION DE COBERTURA**

Se me ha notificado que yo, y/o mis dependientes elegibles, son elegibles para inscripción en el plan de beneficios médicos de mi empleador. Al anotar individuos por los cuales estoy declinando cobertura y firmando abajo, yo voluntariamente rechazo inscripción para mi y/o individuos y reconozco que mi falta de aceptar cobertura permite al plan de beneficios médicos de mi empleador (dependiendo del portador) a imponer una exclusión de cobertura después de la fecha de la solicitud por 12 meses, o hasta inscripción abierta si yo o uno de estos individuos después solicitan cobertura.

**YO ESTOY RECHAZANDO COBERTURA PARA:**

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, E INICIAL (DEL SEGUNDO NOMBRE))

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, E INICIAL (DEL SEGUNDO NOMBRE))

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, E INICIAL (DEL SEGUNDO NOMBRE))

**ESCOJA RAZON 1 O 2 DE ABAJO**

#1 - El individuo rechazando cobertura NO TIENE otro plan de beneficios médicos de otro empleador.

#2 - El individuo rechazando cobertura TIENE otro plan de beneficios médicos de otro empleador.

FIRME AQUI SI ESTA RECHAZANDO COBERTURA

FIRMA DEL EMPLEADO FECHA

Yo afirmo que toda la informacion indicada en este formulario es verdadera y correcta. Yo acuerdo con las estipulaciones delinadas al reverso de este formulario. Acuerdo Arbitrario. Entendiendo que cualquier disputa o controversia que pueda surgir de ejecución, interpretación o rompimiento del acuerdo entre yo (y/o cualquier dependiente afiliado) y el Plan de Salud Sharp, sea que surga del contrato, o de otra manera, deba ser enviado a arbitraje en lugar de juicio en corte o con jurado, si no es resuelto de manera satisfactoria a través del proceso de inconformidad del Plan de Salud Sharp.

FIRMA DEL EMPLEADO FECHA

#### RECONOCIMIENTO

Yo autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución (si hay alguna) requerida para cubrir mi porción del costo. Yo certifico que estoy trabajando en el negocio del empleador en empleo permanente. Para inscripción en el Plan de Salud Sharp, yo comprendo que mis dependientes y yo debemos vivir o trabajar dentro del área de servicio del Plan.

Yo comprendo que la solicitud de mi empleador determinará cobertura y que no hay cobertura al menos que y hasta que esta solicitud y una solicitud completada por mi empleador ha sido aceptada y aprobada por el Plan de Salud Sharp, y las compañías identificadas al dorso, proporcionando cobertura.

Yo comprendo que la ley en California prohíbe que un análisis de VIH sea requerido o utilizado por planes de salud como condición de cobertura.

#### AUTORIZACION PARA OBTENER O ENTREGAR INFORMACION MEDICA. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR EN EL LUGAR MARCADO "X"

El Plan de Salud Sharp está autorizado a obtener y entregar información médica de acuerdo al Acta de Confidenciabilidad de Información Médica, Sección 56 del Código Civil de California.

Por medio de la presente autorizo a cualquier médico, practicante de servicios de salud, hospital, clínica, o cualquier instalación médica o cualquier instalación relacionada con servicios médicos a suministrar a un agente, designado o representante del Plan de Salud Sharp, o cualquiera de las compañías identificadas para cobertura arriba, cualquier y todo registro con referencia al historial médico, servicios hechos, o tratamiento dado a cualquier miembro inscrito aquí añadido después para propósito de revisión, investigación o evaluación de cualquier aplicación o reclamo. Autorizo al Plan de Salud Sharp, o a cualquiera de las compañías identificadas para cobertura arriba o agentes, designados o representantes de cualquiera a revelar a un hospital o plan de servicios médicos, auto-asegurado o asegurado, cualquier información médica obtenida si tal revelación es necesaria para el proceso de cualquier reclamo. Esta autorización será efectiva inmediatamente y permanecerá en efecto por 30 meses para así permitir la evaluación de esta aplicación, o por el término de cobertura para permitir procesos de reclamos. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.

#### MISREPRESENTATION

E leído y comprendo las estipulaciones delineadas al frente y al reverso de este formulario. Toda la información que yo e indicado en este formulario es verdadera y correcta. Yo comprendo que es la base sobre cual la cobertura puede ser provista bajo este plan. Cualquier mal informe o omisión puede resultar en reclamaciones futuras siendo negadas y/o la póliza rescindida. Tiene derecho a una copia de este Formulario para Inscripción y Autorización para sus archivos.