

Escriba en letra de imprenta clara, llene completamente usando un bolígrafo.

EMPLEADO: Llene las siguientes dos secciones, firme al pie de la página y lea la información al dorso.

Marque el punto correcto: Inscripción nueva Finalizar inscripción Agregar dependiente Sacar dependiente Cambiar proveedor Cambiar división
 Elección de COBRA Otro (cambio de nombre, cambio de dirección, etc. Indique el motivo del cambio).

Tipo de plan: HMO Punto de servicio (POS) FlexPOS Passage*

Nombre del plan: (del Resumen de beneficios)

*Se requiere la selección de un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de Passage. Encuentre PCP participantes de la red de Passage con la herramienta "Find a Doctor" (Busque un médico) en connecticare.com.

ConnectiCare, Inc.: Planes de beneficios HMO, HDHP, POS y ConnectiCare Insurance Company, Inc.: Planes de beneficios PPO y FlexPOS. Los empleadores de MA no pueden comprar productos CCI o CICI.

Estado civil: Soltero Casado o unión civil Pareja doméstica Separado legalmente Separado Viudo Divorciado

Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono principal Fijo Celular Trabajo Número de teléfono secundario Fijo Celular Trabajo Dirección de correo electrónico Idioma principal (opcional)

MIEMBRO(S): Primer nombre/Segundo nombre/Apellido	Agregar	Eliminar	Número de Seguro Social (obligatorio)	Sexo	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Proveedor de atención primaria	ConnectiCare Número de identificación del proveedor (opcional)	Paciente existente
Empleado				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge, unión civil, pareja doméstica				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente 1				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente 2				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente 3				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Consumo tabaco en la actualidad?

Empleado Sí No Cónyuge, unión civil o pareja doméstica Sí No Dependiente 1 Sí No Dependiente 2 Sí No Dependiente 3 Sí No

Raza u origen étnico (opcional): Esta información está diseñada con el propósito de recopilar datos y no será utilizada para determinar elegibilidad, calificación ni pago de reclamaciones.

Empleado:
 Blanco Negro o afroamericano Hispano o latino Asiático Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Otro _____ Se desconoce

Cónyuge, unión civil o pareja doméstica:
 Blanco Negro o afroamericano Hispano o latino Asiático Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Otro _____ Se desconoce

Dependiente 1:
 Blanco Negro o afroamericano Hispano o latino Asiático Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Otro _____ Se desconoce

Dependiente 2:
 Blanco Negro o afroamericano Hispano o latino Asiático Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Otro _____ Se desconoce

Dependiente 3:
 Blanco Negro o afroamericano Hispano o latino Asiático Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Otro _____ Se desconoce

Marque si inscribe a un dependiente discapacitado de 26 años o mayor y comuníquese con ConnectiCare para obtener un formulario para enviar la prueba de discapacidad.

Otra cobertura de atención médica: Además de este plan de ConnectiCare, ¿tendrá otro seguro de salud en un plan Grupal, HMO o de Medicare? Sí No

Si es afirmativo, escriba el nombre de la persona cubierta

Empleador

Nombre y dirección de la compañía de seguros (adjunte una copia de su tarjeta de seguro médico grupal) Número de póliza Medicare (adjunte una copia de su tarjeta de Medicare)
 Parte A Parte B Jubilado

EMPLEADOR: Llene esta sección. El formulario no puede ser procesado sin esta información.

Cobra Sí No Duración de la cobertura: 30 meses 36 meses Otro _____ Fecha de contratación (mm/dd/aa) Horas por semana Fecha de entrada en vigencia de la cobertura (mm/dd/aa) Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aa)

Ubicación del trabajo del empleado Nombre del grupo Nombre del plan Número de grupo o división

Firma del empleador Cargo Fecha

Importante: Al firmar aquí está indicando que ha leído y comprende la información en el frente y el dorso de este formulario. Esta información es válida mientras esté inscrito en un plan de salud de ConnectiCare y durante un año después de que finalice la inscripción en el plan. Certifico que la información suministrada en el formulario es correcta. Acepto el consentimiento en el dorso de este formulario. Comprendo que los números de teléfono que he proporcionado en esta solicitud podrían ser utilizados por ConnectiCare o cualquiera de sus partes contratadas para comunicarse conmigo acerca de mi cuenta, la prestación de servicios para mí o mi plan de beneficios médicos o programas relacionados.

Firma del empleado

Fecha

IMPORTANTE: CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO/EMPLEADO

En mi nombre y en nombre de mi cónyuge o dependientes, por el presente, autorizo a todo médico, hospital, proveedor, aseguradora, ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI) o una afiliada de CICI, o a otra organización o persona que tengan registros, datos o información respecto de mis antecedentes médicos o seguro médico, o de mis familiares, incluidos, entre otros, información sobre salud mental, abuso de sustancias o alcohol, o afecciones relacionadas con el VIH o SIDA, a transferir dichos registros, datos o información a toda persona o compañía en la medida en que sean requeridos para proporcionar tratamiento, pagar reclamaciones y realizar otras operaciones para administrar mi plan de beneficios. Comprendo que el aviso de privacidad de CICI contiene una descripción más completa de los fines para los cuales puede utilizarse o divulgarse información sobre mí y mis dependientes, y que tengo derecho a revisar el aviso de privacidad antes de firmar este consentimiento. Comprendo que CICI puede cambiar dicho aviso en cualquier momento, pero me proveerá una copia del aviso enmendado. Comprendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede utilizar o divulgar la información sobre mí y mis dependientes para lograr los fines de administración del plan, y que CICI no tiene la obligación de aceptar las restricciones solicitadas. Comprendo que esta autorización es válida por el término de mi cobertura y la de mis dependientes según el Plan. Comprendo que puedo revocar esta autorización (pero tendré que salir del Plan) en cualquier momento entregando un aviso por escrito a CICI, siempre que CICI u otros no hayan tomado medidas con base en esta autorización. Declaro que conservé una copia de esta autorización. Autorizo a realizar deducciones de nómina, en caso de haberlas, para la cobertura elegida.

Comprendo que toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presenta una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información falsa considerable, o encubre, con el propósito de engañar, información respecto de un hecho importante relacionado, comete un acto de fraude de seguro que se considera un delito punible con sanciones, encarcelamiento y restitución según las leyes aplicables.

ConnectiCare recopila información sobre raza y origen étnico exclusivamente con el fin de elaborar programas de mejora de calidad y con fines educativos, de capacitación y comercialización. Esta información no será utilizada para determinar idoneidad, tasa de la prima ni pago de reclamaciones.

INSTRUCCIONES: ¿SE ACORDÓ DE...

Escribir con letra de imprenta clara, llenar todas las secciones y firmar al pie de la página 1?

Definir claramente (escribir) el nombre del plan solicitado?

(Se encuentra en el margen superior izquierdo del Resumen de beneficios y está incluido en su paquete de inscripción).

Seleccionar su médico de atención primaria e incluir el número de identificación del proveedor de ConnectiCare? (Lo puede encontrar en el Directorio de proveedores o en el sitio web)

Adjuntar una copia de su tarjeta de Medicare si cumple los requisitos de Medicare?

Adjuntar una copia de su tarjeta de seguro médico grupal si tiene otra cobertura?

Insertar el número de Seguro Social para cada dependiente?

Guardar una copia de este formulario para sus archivos?

DIVULGACIÓN DE COCIENTE DE PÉRDIDA MÉDICA

El cociente de pérdida médica se define como la proporción de las reclamaciones hechas con respecto a la prima devengada en el año calendario anterior para los planes de atención administrada emitidos en Connecticut. Las reclamaciones se limitarán a los gastos médicos para servicios y suministros provistos a las personas inscritas y no incluirán gastos por exceso de pérdidas ("stop loss"), reaseguro, programas educativos para las personas inscritas, u otros programas o características de contención de costos.

El cociente de pérdida médica federal tiene el mismo significado que el que se indica en virtud de y se calcula en conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA), PL 111-148, según sus enmiendas ocasionales, y las reglamentaciones adoptadas allí expuestas.

- Cociente de pérdida médica estatal para el año calendario 2017 para ConnectiCare, Inc. (CCI): 87.9 %
- Cociente de pérdida médica federal para el año calendario 2017 para ConnectiCare, Inc. (CCI):
 - Individual 102.3 %
 - Grupo pequeño N/D
 - Grupo grande 90.7
- Cociente de pérdida médica estatal para el año calendario 2017 para ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI): 87.3 %
- Cociente de pérdida médica federal para el año calendario 2017 para ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI):
 - Individual 102.1 %
 - Grupo pequeño 88.0 %
 - Grupo grande 90.5 %

ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ConnectiCare no excluye a las personas ni las trata diferente por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

ConnectiCare:

- Proporciona ayuda y servicios a personas con discapacidades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, incluidos intérpretes calificados e información en formatos alternativos.
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea inglés, incluidos documentos traducidos e interpretaciones.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Comité de Derechos Humanos.

Si cree que ConnectiCare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado a alguien por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en: The Committee for Civil Rights, ConnectiCare, 175 Scott Swamp Road, Farmington, CT 06032, 1-800-251-7722, y TTY 1-800-833-8134. Puede presentar una queja en persona en 175 Scott Swamp Road, Farmington, CT, o por correo. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Comité de Derechos Humanos está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.; puede hacerlo por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

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1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134)。

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-251-7722 (ATS: 1-800-833-8134).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-251-7722 (телетайп: 1-800-833-8134).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-251-7722-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 800-833-8134-1).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134)번으로 전화해 주십시오.

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134) पर कॉल करें।

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134)។

सुचना: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).