



Producto Seleccionado

- ASP ORO (Mandatoria) ☐
- ASP PLATA ☐
- ASP RUBI ☐

de Grupo: _____

Nuevo Ingreso ☐ Mancomunado ☐ Renovación ☐ # contrato				
SOLICITUD DE INGRESO GOBIERNO: LEY 95 ☐ LEY 63 ☐ LEY 117 ☐ OTRO				
CUBIERTAS OPCIONALES SI APLICAN: SEGURO DE VIDA ☐ DENTAL ☐ VISIÓN ☐				
Favor complete la solicitud con letra legible. El documento debe completarse en todas sus partes y ser firmado para poder ser procesada.				
Fecha de efectividad (M/D/A)	Tipo de contrato	Estatul / Municipal	Agencia o Municipio	
/ /	☐ Individual			
Fecha de vencimiento (M/D/A)	☐ Pareja	Regular / Transitorio	¿ Tiene otro plan Médico?	
8 / 31 / 2027	☐ Familiar		☐ Sí ☐ No Compañía: _____	
INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Edad
Fecha de Nacimiento (M/D/A)	Género	Seguro Social (Requerido)	Estado Civil	
/ /	☐ Femenino ☐ Masculino	- -	☐ C ☐ S ☐ Coh	
Dirección Postal		Teléfonos y Correo Postal		
		Teléfono: () -		
		Celular: () -		
		Email:		
DEPENDIENTES DIRECTOS				
Apellido Patero / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Seguro Social	Parentesco	Fecha de Nacimiento Mes/ Día/ Año	Sexo
	- -		/ /	☐ M ☐ F
	- -		/ /	☐ M ☐ F
	- -		/ /	☐ M ☐ F
	- -		/ /	☐ M ☐ F
	- -		/ /	☐ M ☐ F
DEPENDIENTE OPCIONAL (COLATERAL)				
Apellido Patero / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Seguro Social	Parentesco	Fecha de Nacimiento Mes/ Día/ Año	Sexo
	- -		/ /	☐ M ☐ F
SEGURO DE VIDA: BENEFICIARIOS (TOTAL DE PORCIENTOS TIENE QUE SUMAR 100%)				
Apellido Patero / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Parentesco	Fecha de Nacimiento Mes/ Día/ Año	Porciento	Sexo
		/ /		☐ M ☐ F
		/ /		☐ M ☐ F
		/ /		☐ M ☐ F
		/ /		☐ M ☐ F
INFORMACIÓN DEL MANCOMUNADO, SI APLICA				
Nombre del que Mancomuna (Cónyuge o Cohabitante)	Seguro Social	P / T	Fecha de Nacimiento Mes/ Día/ Año	Sexo
	- -		/ /	☐ M ☐ F
Agencia o Municipio	Pueblo del Trabajo	Aportación Patronal	# de Grupo	
Parte A y/o B de Medicare: Si usted o su cónyuge tiene Medicare favor acompañar evidencia: Sí ☐ No ☐				
Usted	Fecha parte A / /	parte B / /	HIC Number:	
Cónyuge	Fecha parte A / /	parte B / /	HIC Number:	
Desglose del Costo de Prima		El descuento está basado con la información recibida por parte del suscriptor o personal a cargo de la agencia. De haber alguna discrepancia, por cambios en la aportación patronal, será responsabilidad del empleado asumir la diferencia. Confirno que la información suministrada es correcta y autorizo a Auxilio Salud Plus a tramitar cualquier información que sea necesaria para poder administrar el plan médico con los proveedores o agencias contratadas. De igual manera, la divulgación de la información médica, según conforme a lo establecido por Ley HIPAA.		
Producto Seleccionado:	\$			
Dental:	\$			
Visión:	\$			
Seguro de Vida:	\$			
Sub Total:	\$			
Menos Aportación Patronal:	\$			
Menos Aportación Mancomunado:	\$			
Descuento al Suscriptor:	\$			

Los servicios provisto bajo los productos ofrecidos por Auxilio Salud Plus están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones descritos en la Guía del Suscriptor. Certifico con mi firma estar de acuerdo con toda la información incluída en esta solicitud.

Firma del Suscriptor

Representante Autorizado: _____

Fecha (Mes / Día / Año

REGLAS PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

1. **Información legible:** Complete todas als secciones aplicables de manera legible.
2. **Producto seleccionado:** Indique el producto seleccionado según corresponda.
3. **Ley aplicable:** Marque con una "X" la ley correpondiente de acuerdo con las cubiertas de gobierno.
4. **Cubiertas opcionales:** Marque y escriba las cubiertas opcionales, si aplican.
5. **Ingreso y mancomunación:**

◦ Marque con una "X" si es un ingreso nuevo, renovación o (y) mancomunado.

◦ Si es mancomunado, adjunte el documento oficial que certifique la mancomunación (Modelo SC 1335).
6. **Datos del suscriptor y dependientes:**

◦ El suscriptor principal y los dependientes deben escribir su nombre completo y número de seguro social.

◦ Complete toda la información personal solicitada.
7. **Categoría de la cubierta:**

◦ Marque con una "X" la categoría correspondiente: Individual, Pareja o Familiar.

◦ Si alguna de las personas incluidas tiene las partes A y/o B de Medicare, complete los campos correspondientes e incluya
8. **Agencia o municipio de trabajo:**

◦ Indique la agencia o municipio donde trabaja.

◦ Especifique si es Estatal o Municipal.
9. **Tipo de empleo:**

◦ Identifique si su empleo es Regular o Transitorio.

◦ Transitorio: Si tiene menos de 6 meses de contrato, es probable que no tenga derecho a la aportación patronal. Si tiene derecho, debe incluir una certificación de la agencia o municipio.

◦ Si está en licencia sin sueldo, notifique y presente evidencia de la fecha de inicio de la licencia.
10. **Dependientes directos:**

◦ Incluyen cónyuge, cohabitante, hijos, hijas, hijastros o hijastras no emancipados hasta los 26 años, o si están incapacitados (incluir evidencia)

◦ También se consideran dependientes directos aquellos familiares reconocidos judicialmente (incluir evidencia).
11. **Dependientes opcionales (colaterales):**

◦ Son familiares inmediatos del suscriptor principal o su cónyuge que no cumplen con los requisitos de dependientes directos.

◦ No deben tener más de 65 años y deben depender sustancialmente del suscriptor principal para su sustento.
12. ***Seguros de Vida:** Beneficio a través de Multinational Life Insurance Company. El beneficios máximo es de \$5,000 y aplica solo al suscriptor principal. La cantidad de seguro se pagará como se indica a continuación:

Edad	Cantidad de Seguro
65-69 años	65%
70-74 años	45%
75-79 años	30%
80-84 años	20%
85-89 años	15%
90 años o más	10%

*El Seguro de Vida termina a la fecha de retiro del asegurado del plan de salud.

Complete la información sobre la designación de beneficiarios para la cubierta de Seguro de Vida. De necesitar más espacio para los beneficiarios debera indicar en la solicitud que incluire los beneficiarios en un anejo, debidamente firmado.
13. **Desglose del costo de prima:**

◦ Verifique que el desglose de la prima incluya toras las alternativas seleccionadas que apliquen.
14. **Firma y verificación:**

◦ Asegúrese de que la información escrita sea correcta y que todos los campos estén completos, incluyendo su firma.

◦ Si falta alguna información, el trámite no será procesado hasta que se complete.
15. **Responsabilidad del suscriptor:**

◦ Si hay discrepancia en el descuento del desglose del prima, el suscriptor será responsable del pago de la diferencia.

◦ Esto ser rige por el artículo 3 del Reglamento #8398 del 31 de octubre de 2013 (Reglamento para la contratoción de los planes de beneficios de salud para empleados públicos).

LEY ANTIFRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o 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 (\$1,000) mil dólares ni mayor de (\$5,000) cinco mil dólares.

Una vez usted como beneficiario esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, su plan no puede ser revocado o enmendado, a menos que no realice el pago de la prima y cumpla con los periodos de gracia que concede elCodigo de Seguros; que haya realizado un acto constitutivo de fraude; o haya realizado, intencionalmente una falsa representación que este prohibida por el plan, o cualquier otro acto que represente un delilo, sobre un asunto importante y material para la aceptacion del riesgo, o para el riesgo asumido por el asegurador.

La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para el asegurado o tercero reclamante que no cumpla con las disposiciones de este Artículo. (Artículo 27.320 del Codigo de Seguros de Puerto Rico, 26 LP.RA. Secc. 2732, según enmendado el 8 de enero de 2004).

Por la presente solicito del Plan cubierta de beneficios para mí y mis dependientes, si alguno. Entiendo que esta solicitud esta sujeta a la aceptación del Plan y que los servicios provistos están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones conforme a las descritas en el Contrato Uniforme. Certifico que he recibido copia de la Ley o resumen de los derechos y responsabilidades del paciente, según lo establece la Ley 194 "Carta de Derechos del Paciente" Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo al Plan a verificar la misma. Autorizo al Plan a ofrecer información sobre la elegibilidad y Cubiertas a la Administración de Seguros de Salud (ASES). Autorizo al Plan a obtener de proveedores de servicio la información médica relacionada a mí o mis dependientes que sea necesaria para la administración del plan. Autorizo a mi patrono a deducir de mi sueldo y enviar al Plan la cantidad necesaria para el pago de mi plan médico.