

# Inscripción del empleado a la cobertura médica

Plan de la Iglesia Menonita de EE. UU. para empleados congregacionales

El Plan de Corinto hace referencia al paquete entero de beneficios para empleados. La cobertura médica es brindada a través del Plan para empleados congregacionales. ESTO NO ES UNA SOLICITUD DE SEGURO; es un formulario de inscripción para una cobertura médica autofinanciada brindada por su denominación.

## Employer information

1. Empleador \_\_\_\_\_

2. Lugar del empleador \_\_\_\_\_  
ciudad estado

## Employee information

3. Empleado \_\_\_\_\_  
nombre 2do nombre apellido

10. Teléfono: \_\_\_\_\_  
De día (si distinto) \_\_\_\_\_

4. Número de seguridad social \_\_\_\_\_

11. Correo electrónico \_\_\_\_\_

5. Primer día de trabajo \_\_\_\_\_

12. Fecha de nac. \_\_\_\_\_ 13. Edad \_\_\_\_\_  
mes día año

6. Cantidad de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

7. Horas pagas por semana \_\_\_\_\_

14. Gender  M  F

8.  Acreditado  No acreditado

15. Estado civil  soltero/a  casado/a  viudo/a  
 separado/a  divorciado/a

9. Domicilio del empleado \_\_\_\_\_  
calle

16. Cargo \_\_\_\_\_

ciudad estado ZIP

**Complete la Parte A o la Parte B, según esté desistiendo de reclamar cobertura o inscribiéndose.**

## Parte A: Para desistir de reclamar cobertura médica

Para desistir de reclamar cobertura, debe completar y firmar esta sección.

17.  Desisto de reclamar cobertura médica para  
 mí  mi cónyuge  mis dependientes

18. Yo (nosotros) tengo otra cobertura médica acreditable a través de  
 un plan de salud grupal brindado por el empleador de mi cónyuge \_\_\_\_\_  
Nombre del plan

otra cobertura de un plan de salud grupal (brindado por un empleador más allá del plan brindado por su iglesia) \_\_\_\_\_  
Nombre del plan

Cobertura médica individual\*

Parte A o Parte B del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social

Título XIX de la Ley de Seguridad Social, más allá de la cobertura que consiste únicamente en beneficios bajo la Sección 1928

Capítulo 55 del Título 10 del Código de EE. UU.

un programa de asistencia médica del Servicio de Salud para Indígenas o de una organización tribal

un fondo de riesgo estatal para beneficios de salud

un plan de salud ofrecido bajo el Capítulo 89 del Título 5 del Código de EE. UU.

un plan de salud pública constituido o mantenido por un estado, el Gobierno de EE. UU. o un país extranjero

un plan de beneficios de salud bajo la Sección 5(e) de la Ley del Cuerpo de Paz (22 U.S.C. 2504(e))

Título XXI de la Ley de Seguridad Social (Programa Estatal de Seguro Médico para los Niños)

19. ¿Están todos los integrantes de la familia en el mismo plan?  sí  no

En caso negativo, explique. \_\_\_\_\_

Entiendo que, al desistir de reclamar cobertura, tengo la oportunidad de inscribirme a mí o a mis dependientes más adelante si yo (nosotros) pierdo otra cobertura acreditable debido a ciertos eventos elegibles detallados en el aviso adjunto. También entiendo que yo (nosotros) debo inscribirme en el plan dentro del período de inscripción de 90 días que sigue inmediatamente a un evento elegible. Si yo (nosotros) no me inscribo dentro del período de inscripción de 90 días, seré considerado un inscrito tardío\*\*.

Firma

Fecha

\* Si usted posee cobertura médica individual, tenga en cuenta que esta renuncia a reclamar cobertura no es válida. Por lo tanto, usted no es elegible para participar en planes de seguro de vida o por discapacidad o, en caso de ser ofrecidos por su empleador, el plan dental o para la visión.

\*\* Los inscritos tardíos pueden inscribirse en el plan tal como se detalla en el párrafo titulado "Inscribirse en cualquier otro momento", en la página 4.

## Parte B: Para inscribirse a la cobertura médica

20.  Solicito cobertura médica para  
 mí  mi cónyuge  mis dependientes
21. Mi cónyuge también es empleado de la congregación.  
 sí  no  
 En caso afirmativo  Acreditado  
 No acreditado  
 Horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_  
 Horas pagas por semana \_\_\_\_\_
22. Razón y la fecha de la inscripción **inicial**.  
 nuevo empleado desde \_\_\_\_\_  
 cambio en las horas desde \_\_\_\_\_  
 pérdida de cobertura acreditable anterior \_\_\_\_\_  
 matrimonio, nacimiento o adopción de niño desde \_\_\_\_\_  
 pérdida de elegibilidad para Medicaid/CHIP desde \_\_\_\_\_ (fecha)  
 elegible para subsidio de asistencia premium bajo Medicaid o CHIP desde \_\_\_\_\_ (fecha)  
 inscripción tardía; complete y adjunte una *Declaración de condición física* (solo si tiene 19 o más)  
 inscripción abierta
23. Si usted está añadiendo integrantes de la familia a **una póliza existente**, marque la casilla correspondiente y provea las fechas solicitadas requested.  
 Añado cónyuge (indique razón)  
 pérdida de cobertura acreditable anterior desde \_\_\_\_\_  
 matrimonio desde \_\_\_\_\_  
 nacimiento o adopción de un niño desde \_\_\_\_\_  
 Añado nuevos dependientes  
*razón para añadirlos en este momento* \_\_\_\_\_  
 pérdida de elegibilidad para Medicaid/CHIP desde \_\_\_\_\_ (fecha)  
 elegible para subsidio de asistencia premium bajo Medicaid o CHIP desde \_\_\_\_\_ (fecha)  
 inscripción tardía; complete y adjunte una *Declaración de condición física* (solo si tiene 19 o más)  
 inscripción abierta

### Cónyuge y dependientes a incluir bajo la cobertura

24. Nombre completo (nombre, 2do nombre y apellido)	Número de Seguridad Social	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Sexo
Cónyuge			
Dependiente			
Dependiente			
Dependiente			

25. Si usted y el otro padre o madre de los dependientes mencionados arriba están divorciados o separados:  
 a. ¿Quién tiene la custodia de los dependientes? \_\_\_\_\_  
 b. ¿Quién tiene responsabilidad financiera por los gastos médicos? \_\_\_\_\_

### Otro seguro médico

26. ¿Alguna de las personas nombradas en este formulario de inscripción seguirá teniendo cobertura médica con otra aseguradora luego de que este plan entre en vigencia?  sí (dé detalles abajo)  no
27. ¿Reemplazará esta cobertura una póliza de seguro médico existente para alguna de las personas nombradas en este formulario de inscripción?  
 sí (dé detalles abajo)  no

Personas bajo la cobertura	Nombre del otro seguro médico	¿Es una póliza provista por un empleador?	¿A reemplazar?	Fecha de reemplazo
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	

### Certificación, autorización y solicitud de afiliación del empleado

Certifico que la información provista arriba es verdadera y correcta. Soy responsable de notificar a mi empleador ante cualquier cambio en la información de arriba. Autorizo a todos los proveedores de asistencia médica a divulgar cualquier información médica necesaria a Everence y al administrador de reclamaciones para certificar tratamientos médicos o procesar reclamaciones para mí, mi cónyuge o mis dependientes. Entiendo que Everence y el administrador de reclamaciones compartirán esta información con terceros solo si es necesario para gestionar o procesar reclamaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Aviso sobre derechos de inscripción especial

Plan para Empleados Congregacionales de la Iglesia Menonita de EE. UU.

**Everence Association Inc., una asociación fraternal de beneficios, ha preparado este aviso en nombre de su plan de salud.**

Si usted o sus dependientes son elegibles para la cobertura del Plan para Empleados Congregacionales (CEP, por sus siglas en inglés), pero eligen no inscribirse, podrán tener derechos especiales para inscribirse más adelante sin ser considerados inscritos tardíos, tal como se describe abajo.

## **Pérdida de la elegibilidad por otra cobertura acreditable**

Si usted y/o sus dependientes desisten de reclamar cobertura bajo este plan por estar inscritos en otra cobertura acreditable<sup>1</sup>, usted y/o sus dependientes podrán inscribirse a este plan más adelante (sin ser considerados inscritos tardíos) si los aportes del empleador para la otra cobertura acreditable cesan o si pierden la elegibilidad para la otra cobertura acreditable como resultado de alguno de los siguientes eventos habilitantes:

- Terminación del empleo
- Terminación involuntaria de la otra cobertura médica
- Reducción de la cantidad de horas de empleo
- Cambio en el estado civil (matrimonio, separación legal, divorcio o muerte)
- La otra cobertura médica suspende la cobertura a dependientes

Usted y/o sus dependientes deberán inscribirse a este plan dentro del período de 90 días de la inscripción especial que se inicia en la fecha inmediatamente posterior al día que los aportes del empleador cesan o la otra cobertura acreditable finaliza.

## **Cuando nuevos dependientes se vuelven elegibles para la cobertura**

Si usted elige no inscribirse a este plan, podrá inscribirse más adelante (sin ser considerado inscrito tardío) al mismo tiempo en que un nuevo dependiente se vuelve elegible para recibir cobertura bajo el plan por matrimonio, nacimiento o adopción. Usted y el nuevo dependiente deberán inscribirse a este plan dentro del período de 90 días de la inscripción especial que se inicia en la fecha inmediatamente posterior al día que el nuevo dependiente se vuelve elegible para inscribirse al plan.

De la misma manera, si su cónyuge elige no inscribirse a este plan, podrá inscribirse más adelante (sin ser considerado inscrito tardío) en el mismo momento en que un recién nacido o un niño recién adoptado se vuelve elegible para recibir cobertura bajo el plan. Su cónyuge y el nuevo dependiente deberán inscribirse a este plan dentro del período de 90 días de la inscripción especial que se inicia en la fecha inmediatamente posterior al día que el nuevo dependiente se vuelve elegible para inscribirse al plan.

## **Derechos de inscripción especial bajo la Ley de Reautorización de 2009 del Programa de Seguro Médico para los Niños**

Si usted y/o sus dependientes desisten de reclamar cobertura bajo este plan por estar inscritos en Medicaid o en un Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP) estatal, usted y/o sus dependientes podrán inscribirse al plan más adelante (sin ser considerados inscritos tardíos) si la cobertura de Medicaid o CHIP finaliza por pérdida de elegibilidad.

Asimismo, si usted y/o sus dependientes son elegibles, pero eligen no inscribirse a este plan, usted y/o sus dependientes podrán inscribirse a este plan más adelante sin ser considerados inscritos tardíos si usted y/o sus dependientes se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia premium de un plan de salud grupal estatal bajo Medicaid o CHIP que provea ayuda para pagar la cobertura bajo este plan.

Usted y/o sus dependientes deberán inscribirse a este plan dentro del período de 90 días de la inscripción especial que se inicia en la fecha inmediatamente posterior al día que la cobertura bajo Medicaid o CHIP termina o la fecha que se determina que usted y/o sus dependientes son elegibles para un subsidio estatal de asistencia premium, según corresponda.

**Empleado (conserve esta copia para su archivo).**

continúa

### **Inscribirse en cualquier otro momento**

Todo aquel individuo elegible que no se inscriba a este plan dentro de su respectivo período de 90 días de inscripción o inscripción especial será considerado un inscrito tardío. Un inscrito tardío de 19 años de edad o más podrá inscribirse durante el año del plan si provee evidencia de buena salud y si el individuo recibe la aprobación para la cobertura (deberá completarse y adjuntarse una Declaración de condición física) o el inscrito tardío podrá inscribirse durante el período de inscripción anual. Un inscrito tardío de menos de 19 años de edad podrá inscribirse en cualquier momento sin brindar evidencia de buena salud.

El periodo de inscripción comienza el 1º de noviembre y finaliza el 31 de diciembre. La cobertura para los inscritos que se inscriban entre el 1º de noviembre y el 31 de diciembre será efectiva el 1º de enero.

### **Para solicitar una inscripción especial**

Para solicitar una inscripción especial u obtener información adicional, contacte a su institución interviniente.

*<sup>1</sup> La cobertura acreditable incluye un plan de salud grupal; cobertura de seguro médico, incluyendo cobertura individual; Partes A o B del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (Medicare); Título XIX de la Ley de Seguridad Social, aparte de la cobertura que consiste únicamente en los beneficios mencionados bajo la sección 1928; Capítulo 55 del Título 10 del Código de Estado Unidos; un programa de atención médica del Servicio de Salud para Indígenas o de una organización tribal; un fondo de riesgo estatal para beneficios de salud; un plan de salud bajo el Capítulo 89 del Título 5 del Código de Estados Unidos; un plan de salud público establecido o mantenido por un estado, el Gobierno de EE. UU. o un país extranjero; un plan de beneficios de salud bajo la Sección 5(e) de la Ley del Cuerpo de Paz (22 U. S. C.2504(e)); o el Título XXI de la Ley de Seguridad Social (Programa de Seguro Médico para los Niños).*

**Empleado (conservar esta copia para su archivo).**

**Everence Association, Inc.**, a fraternal benefit society  
1110 N. Main St. Toll-free: (800) 348-7468  
P.O. Box 483 T: (574) 533-9511  
Goshen, IN 46527  
everence.com