

# SOLICITUD DEL SUSCRIPTOR DE GEISINGER INDEMNITY INSURANCE COMPANY

M.C. 30-29  
100 N. Academy Ave.  
Danville, PA 17822

<b>SECCIÓN A. INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA GENERAL (llenada por el empleador)</b>		
1. Número de grupo: _____	3. Número de Id. del seguro: _____	
2. 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: <b>(Marque una opción)</b>		
a. <input type="checkbox"/> Inscripción grupal inicial		
b. <input type="checkbox"/> Período de inscripción grupal abierta		
c. <input type="checkbox"/> Nueva contratación de empleado		
d. <input type="checkbox"/> 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. El solicitante o un dependiente elegible del solicitante <b>actualmente</b> tiene cobertura de:		
(a) ¿COBRA?      Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(b) ¿Mini-COBRA?    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información para cada persona, según corresponda:		
Nombre de la persona con cobertura: _____	Fecha de término de la cobertura: _____ (MM/DD/AAAA)	Descripción de acontecimiento calificante: _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
8. El solicitante o uno de sus dependientes elegibles está solicitando cobertura de:		
(a) ¿COBRA?      Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(b) ¿Mini-COBRA?    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información para cada persona, según corresponda:		
Nombre de la persona: _____	Fecha de inicio y término de la cobertura: _____ (MM/DD/AAAA)	Descripción de l acontecimiento calificante: _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<b>SECCIÓN B. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Escriba en letra de molde)</b>				
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
5. NOMBRE LEGAL (APELLIDO)	6. (NOMBRE DE SOLTERA)	7. (NOMBRE)	8. (INICIAL DEL 2.º NOMBRE)	9. GÉNERO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO
10. DIRECCIÓN (NÚMERO)	(CALLE)	(N.º DEPTO.)	11. CIUDAD	12. ESTADO
13. CÓDIGO POSTAL		14. CONDADO		
15. NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA	16. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ _____ _____	17. FECHA DE NACIMIENTO MES      DÍA      AÑO		
18. EMPLEADOR (NOMBRE, CIUDAD Y TELÉFONO)		19. FECHA DE CONTRATACIÓN	20. N.º DE EXPEDIENTE MÉDICO DE GEISINGER (si lo hay)	
21. Durante la cobertura de esta póliza, ¿usted o alguno de los dependientes mencionados en esta solicitud también tenía cobertura de Medicare? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Si respondió "Sí" a esta pregunta, proporcione la siguiente información para cada persona, según corresponda:				
Nombre de las personas: _____	N.º de Medicare: _____	Parte A o Parte B: _____	Fecha de entrada en vigor: _____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	

**SECCIÓN B. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (continuación)**

22. Usted o alguno de los dependientes mencionados en esta solicitud recibe actualmente beneficios por discapacidad/compensación a los trabajadores?  SÍ  NO

Si respondió "SÍ" a esta pregunta, proporcione la siguiente información para cada persona, según corresponda:

Nombre de las personas: N.º de Medicare: Parte A o Parte B: Fecha de entrada en vigor:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

23. Durante la cobertura de esta póliza, ¿usted o alguno de los dependientes mencionados en esta solicitud también tenía cobertura de otro seguro médico?  SÍ  NO

Si respondió "SÍ" a esta pregunta, proporcione la siguiente información:

A. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		B. NOMBRE DEL SUSCRITO	
C. TIPO DE PLAN	D. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA (MM/DD/AAAA)	E. NÚMERO DE ID. DEL SEGURO O N.º DE SEGURO SOCIAL	
F. NOMBRE DEL GRUPO (EMPLEADOR)		G. NÚMERO DEL GRUPO <input type="checkbox"/> PLAN FAMILIAR <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL	

**SECCIÓN C. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/DEPENDIENTE**

NOMBRE LEGAL		INDIQUE APELLIDO SI ES DISTINTO AL 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					
		NOMBRE DE SOLTERA		<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, por 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.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Entiendo que esta solicitud debe ser aceptada por mi empleador y que, en ese caso, los servicios disponibles estarán sujetos a las exclusiones, limitaciones y otras condiciones del Plan de beneficios médicos del empleador. Autorizo a mi empleador a hacer deducciones periódicas de mi sueldo o salario por la cantidad, de haber alguna, que debo contribuir por concepto de las tarifas de la cobertura que se proporciona. La información registrada arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente 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.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

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

## La discriminación es ilegal

Geisinger Indemnity Insurance Company cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Geisinger Indemnity Insurance Company no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Geisinger Indemnity Insurance Company:

- Presta servicios y ayudas gratis a personas con discapacidades para que puedan comunicarse en forma eficaz con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos)
- Presta servicios de idioma gratis a personas que no hablan inglés como su primer idioma, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Geisinger Indemnity Insurance Company al 800-447-4000 o TTY: 711.

Si cree que Geisinger Indemnity Insurance Company no le prestó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a:

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](mailto: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 ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU. electrónicamente mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.isf>, 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>.

**ATENCIÓN:** Si habla un idioma que no sea inglés, los servicios de asistencia con el idioma están disponibles para usted sin cargo. Llame al 800-447-4000 o 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 નિઃશુલ્ક 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: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ 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).