



APLICACION UNIFORME de EMPLEADO PARA PLANES PEQUEÑOS de SUBSIDIO DE ENFERMEDAD de GRUPO de COLORADO

Nombre de Empleado:		Nombre de Empleador:	
Fecha de Vigencia Propuesta:		Número del Grupo (si conocido):	

Esta forma se diseña para una aplicación inicial de empleado para el alcance. Contacte por favor a su agente o el portador para determinar si esta forma se debe utilizar en otras situaciones una vez el grupo se matricula con el portador.

EMPLEADO Y INFORMACION de DEPENDIENTES

Las Instrucciones del empleado: Por favor utilice tinta negra o azul. Llene por favor la aplicación entera para cada persona para quién alcance se busca.

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:					
Numero de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:		Género:		Altura:		Peso:	
Domicilio:				Ciudad:					
Pais:				Estado:				Código Postal:	
Número de teléfono:		correo electrónico :					<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo	
¿Qué es su titulo en su empleador actual?						Número de teléfono de trabajo:			
¿Qué era su primer día del empleo?						¿Cuántas horas, en el promedio, trabaja usted cada semana?			
Es usted (verifica uno):	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Ley Común *	<input type="checkbox"/> Legalmente Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viuda o Viudo			
* Una certificación de la ley común puede ser requerida por el portador									
¿Está usted en la Continuación de COBRA o Estado?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fecha de Empiesa:			Fecha de Alta:		
Escoja por favor el tipo del alcance para que usted aplica de los planes ofrecida por su empleador y publicó por el portador:									
Nombre del Plan Medico:						Nombre de Médico Primaria:			
Domicilio de Médico Primaria:									

Indique todos dependientes (esposo y niño (s)) solicitando el alcance. Liste por favor el plan médico para que usted aplica de los planes ofrecidas por su empleador y publicó por el portador. Si usted necesita espacio adicional, utiliza por favor una hoja de papel separada y adjuntelo a esta aplicación (imprime por favor su nombre y el signo y fecha la hoja adicional).

Nombre de Esposo/a:				Relación:	Esposo/a				
Numero de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:		Género:		Altura:		Peso:	
Nombre del Plan Medico:						Nombre de Médico Primaria:			
Domicilio de Médico Primaria:									

*Si se revisa cualquiera de las casillas en esta sección, el portador del seguro médico puede requerir información adicional para determinar la elegibilidad de dependientes.

Esta sección continúa en la próxima página

APLICACION UNIFORME de EMPLEADO PARA PLANES PEQUEÑOS de SUBSIDIO DE ENFERMEDAD de GRUPO de COLORADO

Nombre de empleado:	Nombre de empleador:
---------------------	----------------------

Nombre de Departamento:			Relación: <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____		
Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Género:	Altura:	Peso:	
Nombre del Plan Medico:			Nombre de Médico Primaria:		
Domicilio de Médico Primaria:					
Por favor indique todo apropiado para la solicitud del Dependiente indicadó arriba *:					
<input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Completo (Mayor de Edad 19 Bajo 24)		<input type="checkbox"/> Financieramente Dependiente o Misma Residencia (Mayor de Edad 19 Bajo 25)		<input type="checkbox"/> Incapacitado (Indica razón) _____ (Mayor de Edad 19)	
Nombre de dependiente:			La Relación: <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____		
Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Género:	Altura:	Peso:	
Nombre del Plan Medico:			Nombre de Médico Primaria:		
Domicilio de Médico Primaria:					
Por favor cheque todo que solicita el Dependiente listó arriba*:					
<input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Completo (Mayor de Edad 19 Bajo 24)		<input type="checkbox"/> Financieramente Dependiente o Misma Residencia (Mayor de Edad 19 Bajo 25)		<input type="checkbox"/> Incapacitado (Indica razón) _____ (Mayor de Edad 19)	
Nombre de dependiente:			La Relación: <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____		
Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Género:	Altura:	Peso:	
Nombre del Plan Medico:			Nombre de Médico Primaria:		
Domicilio de Médico Primaria:					
Por favor cheque todo que solicita el Dependiente listó arriba*:					
<input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Completo (Mayor de Edad 19 Bajo 24)		<input type="checkbox"/> Financieramente Dependiente o Misma Residencia (Mayor de Edad 19 Bajo 25)		<input type="checkbox"/> Incapacitado (Indica razón) _____ (Mayor de Edad 19)	

** Si se revisa cualquiera de las casillas en esta sección, el portador del seguro médico puede requerir información adicional para determinar la elegibilidad de dependientes.*



Nombre de empleado:	Nombre de empleador:
---------------------	----------------------

RENUNCIA EMPLEADO/DEPENDIENTE DE eI ALCANCE

Complete esta sección SOLO si usted no se matricula ni su esposo ni los dependientes. La renuncia se debe completar para todos sus dependientes para tener derecho a para la matriculación en este plan en caso de circunstancias cambiantes. Entiendo que tengo derecho a solicitar el grupo el alcance de la salud por mi empleador. Yo no quiero, y por la presente renuncio, agrupo el alcance de la salud para:

	Nombre (Apellido, Primer, I)	Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año)
Empleado		
Esposo/a		
Dependiente 1		
Dependiente 2		
Dependiente 3		

Renuncio el alcance de la salud del grupo para yo mismo y/o los dependientes listaron encima de porque (verifica todo que aplica, **copia de documento de identificación se puede requerida**) :

- Soy cubierto bajo mi política del grupo de esposo.
- Mi esposo es cubierto bajo otro plan (inclusive este plan, si esposo es también un empleado).
- Mis dependientes se cubren bajo otro plan.
- Deseo continuar otro alcance obtenido por un Plan o el cuidado Médico Individuales
- Otro (Explique por Favor): _____

RENUNCIA: Certifico que he sido dado la oportunidad de solicitar el grupo el alcance de la salud y el descenso para matricularse como indicado arriba, a favor de yo mismo, mi esposo y mi niño dependiente (ren). Entiendo que firmando esta renuncia, yo, mi esposo, y mi niño dependiente (ren) pierde el derecho al alcance. Yo no fui presionado, fui forzado o fui inducido injustamente por mi empleador, el agente o el portador (portadores) a renunciar o disminuir el alcance de la salud del grupo. Si en el futuro yo solicito el alcance, yo, mi esposo, o cualquiera de mi niño dependiente (ren) puede ser tratado como un tarde enrolado y sujeto a la postergación del alcance hasta 12 meses o una exclusión del alcance para condiciones preexistentes para un período de arriba a 18 meses. Período preexistente de la condición puede ser la desviación cuando yo, mi esposo o mi niño dependiente (ren) fueron cubiertos bajo un plan calificado de la salud. Entiendo que si disminuyo la matriculación para yo mismo, para mi esposo, o para mi niño dependiente (ren) a causa de otro alcance de la salud, yo puedo, en el futuro, es capaz de matricularme, mi esposo, o mi niño dependiente (ren) en este plan, como requerido por la ley, con tal de que solicite la matriculación dentro de 30 días después que mi otro alcance de la salud termina o un acontecimiento calificativo ocurre. Si yo no solicito la matriculación dentro de 30 días del encima de acontecimientos, yo entiendo que yo no puedo ser capaz de matricularse para el alcance hasta mi período Abierto de la Matriculación de la compañía. Entiendo que puedo obtener información relacionada a mi elegibilidad de la matriculación de mi empleador o portador pequeño de salud de grupo.

La firma de Empleado: _____

Fecha Firmadó: _____



Nombre de empleado:	Nombre de empleador:
---------------------	----------------------

CORRIENTE Y ALCANCE MEDICO PREVIO

La información que usted proporciona acerca de su otro individuo o el alcance de la salud del grupo (o antes de o antes de la corriente) es necesario para determinar si usted tendrá cualquier períodos que esperan para condiciones preexistentes bajo el plan del alcance de la salud del grupo para que usted aplica. Su información ayudará también el portador pequeño de empleador (portadores) coordinar los beneficios con cualquier otro alcance de la salud del grupo que usted puede tener.

#1 ¿Su esposo o su niño dependiente (ren) listó en esta aplicación tiene actualmente usted el alcance de la salud? Si No

#2 ¿Tiene usted, su esposo o su niño(s) dependientes listó en esta aplicación el alcance previo tenido de la salud dentro de los últimos 90 días? Yes No

Si usted marcó la pregunta #2 "Sí" completa por favor la mesa siguiente y conecta una copia de los Certificados del Alcance Digno de crédito para cada persona.

Empezando con usted, el empleado, identifica a cada persona que solicita el alcance e incluye información para toda corriente y el alcance previo de la salud (los alcances) vigente durante los últimos 18 meses.

Si usted necesita el espacio adicional, utiliza por favor una hoja de papel separada y lo conecta a esta aplicación (imprime por favor su nombre y el signo y fecha la hoja adicional).

Nombre de Empleado:		Fecha que Empezó el Alcance:		Fecha que Termino el Alcance:	
Nombre de Portador:		Número de teléfono de Portador:		Tipo del Alcance (Ve Clave):	
Número de Grupo:		Suscriptor Identificación #:		Razón para la Terminación:	
¿Es el Alcance Actual un HSA calificó el Plan Alto Deducible de la Salud?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Se lista la información del plan arriba el mismo para su esposo y todos dependientes? Si sí, valla a la próxima sección.					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Nombre de Esposo/a:		Fecha que Empezó el Alcance:		Fecha que Termino el Alcance:	
Nombre de Portador:		Número de teléfono de Portador:		Tipo del Alcance (Ve Clave):	
Número de Grupo:		Suscriptor Identificación #:		Razón para la Terminación:	
¿Es el Alcance Actual un HSA calificó el Plan Alto Deducible de la Salud?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		



Nombre de empleado:	Nombre de empleador:
---------------------	----------------------

Nombre de Dependiente:		Fecha que Empezó el Alcance:	Fecha que Termino el Alcance:
Nombre de Portador:	Número de teléfono de Portador:	Tipo del Alcance (Ve Clave):	
Número de Grupo:	Suscriptor Identificación #:	Razón para la Terminación:	
¿Es el Alcance Actual un HSA calificó el Plan Alto Deducible de la Salud?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

El tipo de Llave de Alcance: **G** = Agrupa Completo Mayor Médico; **yo** = Individual Completo Mayor Médico; **MS** = Suplemento de cuidado Médico; **H** = Alcance Sólo de Hospital; **V** = Alcance Sólo de Visión **O** = Otro, explica por favor: _____

INFORMACION de CUIDADO MEDICARE

Si usted necesita completar esta sección para más de una persona, utiliza por favor una hoja de papel separada y lo conecta a esta aplicación (por favor signo y fecha la hoja adicional). Una copia de su documento de identificación se puede requerir.

Son usted, su esposo o su niño(s) cubiertos por:		
Medicare Parte A? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicare Parte B? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicare Parte D? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si "Sí," razón para el Medicare: <input type="checkbox"/> 65+ <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Incapacidad/La Enfermedad Renal final del teatro Eff. Fecha _____		
El nombre de persona cubriertós por Medicare:		



Nombre de empleado:	Nombre de empleador:
---------------------	----------------------

INFORMACION MEDICA

Usted no es requerido a compartir esta información con su empleador. Usted puede, en su discreción, regresar esta aplicación completada en un sobre sellado. Escriba por favor su nombre por fuera del sobre para la identificarlo con facilidad.

Conteste por favor las preguntas siguientes al mejor de su conocimiento. En la próxima página, proporcione por favor los detalles completos si usted contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas abajo. La fecha que esta aplicación se firma es la fecha que usted debe utilizar al contestar las preguntas que solicita que usted proporcionar la historia previa por un espacio de tiempo.

Este cuestionario de la salud se debe actualizar para incluir cualquier cambio en la posición de la salud que ocurre entre la fecha de la aplicación y la fecha de vigencia.

¿Es usted, su esposo o cualquier niña dependiente actualmente encinta o un padre expectante?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si "Sí," indica por favor fecha de vencimiento:	¿Gemelos o Otro Múltiplo (los Múltiplos) Esperadós?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Complicaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿C-sección Esperadós?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En los pasados 5 años, ha denominado cualquiera en esta aplicación fue tratado o diagnosticado por un profesional médico Adquirió como Síndrome de inmunodeficiencia (SIDA) o SIDA Relacionó el Complejo (el ARCO)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha denominado cualquiera en esta aplicación los productos utilizados de tabaco durante los pasados 12 meses?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si "Sí," completa por favor lo Siguiente:			
Nombre:	<input type="checkbox"/> Cigarrillos	<input type="checkbox"/> El tabaco que mascara	<input type="checkbox"/> Cigaro/Puros
¿Duración?	¿Frecuencia?		
¿En los pasados 5 años, ha denominado cualquiera en esta aplicación fue evaluado o tratado para el alcoholismo o la dependencia química; o unido cualquier organización para el alcoholismo o la dependencia química; o las drogas ilegales utilizada; o fue aconsejado por un profesional de asistencia médica reducir el uso de alcohol o drogas ilegales?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿En los pasados 5 años, ha denominado cualquiera en esta aplicación sostuvo una herida como resultado de un auto o trabajo el accidente relacionado?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dentro de los pasados 5 años cualquiera solicitando el alcance hasido aconsejado, o consultado o tratado para cualquiera de lo Siguiente:			
1.	¿La enfermedad cardíaca o el desorden, el golpe, el desorden circulatorio, el dolor de pecho, alto o el hipotensión, el desorden de la anemia o la sangre, el colesterol y o/triglyceride elevados nivelan o cualquier otro asunto del aparato circulatorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.	¿Las úlceras, el desorden de estómago, el desorden del hígado/páncreas, la hernia, el desorden de vesícula biliar, el desorden rectal, el desorden del intestino, el desorden esofágico, la hepatitis, la colitis, la enfermedad de Crohn o cualquier otro asunto de aparato digestivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.	¿El tracto urinario/riñón/el desorden de vesícula, el desorden de próstata, el fracaso renal, el desorden menstrual, el desorden genital, disfunción sexual, la esterilidad, el diálisis, la enfermedad sexualmente transmitida, las complicaciones del embarazo (por ejemplo, el nacimiento prematuro, el aborto, la C-SECCION), el desorden de seno u otro asunto de sistema de genitourinary?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4.	¿El desorden del tejido conjuntivo, el desorden de tiroides, el desorden suprarrenal, la diabetes, la ampliación de los linfa-nodos, el desorden de sistema de linfa, el desorden pituitario, cualquier desorden del crecimiento u otro asunto de sistema de endocrino?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5.	¿Alergia (Y), el asma, la enfisema, el seno o el desorden nasal, la enfermedad o el desorden pulmonares, brevedad de aliento, la apnea del sueño u otro asunto respiratorio de sistema?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6.	¿La artritis, fibromyalgia, el desorden de atrás/cuello, la coyuntura/el desorden de hueso, el desorden de rodilla, túnel de carpiano, el desorden de piel, síndrome crónico de fatiga u otro asunto de musculoesquelético?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7.	¿El desorden del cerebro, el aneurisma, la parálisis, el desorden de sistema nervioso central, la parálisis cerebral, la epilepsia u otros ataques, los dolores de cabeza, la esclerosis múltiple u otro asunto nervioso de sistema?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



Nombre de empleado:	Nombre de empleador:
---------------------	----------------------

8.	¿El cáncer, el tumor, el crecimiento anormal, el quiste o el carcinoma en situ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9.	¿El desorden del ojo o la oreja?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10.	¿El desorden del déficit de la atención, el desorden psicológico, la tentativa del suicidio, la depresión, la ansiedad, el autismo u otro asunto conductista de la salud o la enfermedad mental biológicamente basada (la esquizofrenia, el desorden de schizoafectivo, el desorden afectiva bipolar, el desorden depresivo mayor, el desorden obsesivo-compulsiva específico, el desorden del pánico)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11.	¿El órgano u otro tipo de trasplante o implanta (inclusive injertos de seno), gástrico evita, la deformidad o el defecto físicos inclusive labio o fisura del paladar hendidos, dispositivo protésico, el desorden congénito, el síndrome de down?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
12.	Dentro de los últimos 5 años, tiene cualquiera denominó en esta aplicación para ser cubierto por este alcance tenido cualquier otra herida, la enfermedad o el tratamiento para ninguna condición no ya listaron; fue hospitalizado o fue planificado para la hospitalización; la cirugía tenida o la cirugía tenida planificados; tuvo una prueba o una prueba planificó; o no fue recomendó para tener una prueba o la cirugía que no se realizó para ninguna razón ya mencionado en esto ¿La aplicación? Nosotros no buscamos los resultados de la Prueba de Anticuerpo de VIH.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



Nombre de empleado:	Nombre de empleador:
---------------------	----------------------

Si usted contestó, "Sí" a cualquiera de las preguntas o condiciones en la página previa por favor lista y proporciona los detalles completos en el espacio proporcionado abajo.

(Incluye páginas adicionales si es necesario. Imprima por favor su nombre y el signo y feche las páginas adicionales.)

Nombre de Persona	La fecha (s) de Tratamiento	Número de Pregunta	Dé detalles repletos para cada pregunta contestada "Sí," indica la condición, la duración y el grado de la recuperación. Si el accidente o la herida, indican también si el auto o el trabajo relacionaron.	Nombre y dirección de médico o a otro proveedor de asistencia médica.

(Incluye páginas adicionales como necesitado y signo y feche las páginas adicionales.)

Nombre de Persona	El nombre, la dosis y la frecuencia de la medicina (<i>incluye la condición de la enfermedad o la salud para cuál medicina se prescribió</i>)	Fecha(s) de la medicina tomada (<i>indica si progresivo</i>)	Nombre y dirección de médico o a otro proveedor de asistencia médica



Esta página intencionalmente en blanco

Nombre de empleado:	Nombre de empleador:
---------------------	----------------------

TERMS AND CONDITIONS

Reconozco que he leído todas secciones de este Colorado la Aplicación Uniforme de Empleado para el Alcance Pequeño de la Salud del Grupo de Empleador (la Aplicación), y certifico a favor de mis dependientes elegibles de la familia y yo mismo que las respuestas contenidas en esta Aplicación son completas y exactas según mi leal saber y entender. Entiendo y concuerdo que ni mi empleador ni cualquier agentes del seguro tienen cualquier autoridad para renunciar mi respuesta completa a cualquier pregunta, concordar a la asegurabilidad, alterar cualquier contrato, o renunciar cualquier Colorado portador pequeño de empleador otros derechos o los requisitos.

Yo por la presente solicito la matriculación para yo mismo y para mis dependientes elegibles de la familia listó. A favor de mis dependientes elegibles de la familia y yo mismo, yo concuerdo a todos los términos y condiciones del contrato del grupo (los contratos) con Colorado portador pequeño de empleador (portadores) bajo que deseo matricularse para el alcance. He indicado en esta Aplicación, si requerido, qué producto (los productos) o el proveedor (proveedores) he escogido. **Concuerdo que ningún alcance será efectivo hasta que la fecha especificada por el Colorado portador pequeño de empleador (portadores) con quien yo me matricule, después que esta aplicación ha sido aceptada por tal portador (portadores).**

Entiendo y concuerdo que cualquier información obtenida con respecto a esta Aplicación será utilizada por Colorado portador pequeño de empleador (portadores) determinar la elegibilidad para el alcance, asegurando y para cualquier otros propósitos relacionados a proporcionar el alcance. A favor de mis dependientes elegibles de la familia y yo mismo, yo autorizo a cualquier proveedor de servicios de sanidad o suministros, de la compañía de seguros, de la asistencia médica Banco de liquidación, de director de beneficio de farmacia, y de cualquier otra persona con el conocimiento o registros a liberar información a cualquier Colorado portador pequeño de empleador, sus agentes y representantes legales, acerca de cualquier y todos servicios y los suministros salud-relacionados proporcionados o para ser proporcionado a mí o a mis dependientes elegibles de la familia.

Es ilegal proporcionar astutamente los hechos o la información falsos incompletos o engañosos a un portador del seguro para el propósito de defraudar o procurar para defraudar el portador. Las penas pueden incluir el encarcelamiento, las multas, la negación del seguro y daños civiles. Cualquier portador del seguro o el agente de un portador del seguro que proporciona astutamente los hechos o la información falsos incompletos o engañosos a un asegurado o el demandante para el propósito de defraudar o procurar para defraudar el asegurado o el demandante con respecto a un arreglo o conceder pagadero del seguro avanza será informado a la División de Colorado del Seguro dentro del Departamento de Agencias Regulativas.

Cuándo aplicable, yo autorizo a mi empleador a descontar contribuciones de mis ganancias para ser aplicadas al costo del alcance.

Concuerdo a provisiones aplicables del contrato del grupo para la resolución de desacuerdos y disputas, inclusive el arbitraje cuando requerido y como permitido por la ley. Refiérase por favor a cualquier provisiones del arbitraje en el contrato del grupo (los contratos).

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Aplicación. Concuerdo que una copia fotográfica de esta Aplicación será tan válida como la original. Una firma facsímil legible tendrá la misma fuerza y la eficacia como la original. Este documento llegará a ser una parte del contrato cuando el alcance se aprueba y es publicado.

Firma de Empleado: _____

Fecha de Firma: _____



Nombre de empleado:	Nombre de empleador:
---------------------	----------------------

REVELACIONES

La LEY del SEGURO de COLORADO REQUIERE TODOS PORTADORES EN EL MERCADO PEQUEÑO del GRUPO a PUBLICAR CUALQUIER PLAN de SUBSIDIO DE ENFERMEDAD que LO VENDE EN COLORADO A EMPLEADORES PEQUEÑOS DE 2-50 EMPLEADOS, INCLUSIVE UN BASIC O el PLAN UNIFORME de SUBSIDIO DE ENFERMEDAD, SOBRE EL PEDIDO DE UN EMPLEADOR PEQUEÑO AL GRUPO PEQUEÑO ENTERO, A PESAR DE LA POSICION de la SALUD DE CUALQUIERA DE LOS INDIVIDUOS EN EL GRUPO. Los GRUPOS del NEGOCIO DE UNO no PUEDEN SER RECHAZADOS BAJO UN BASIC ni el PLAN UNIFORME de SUBSIDIO DE ENFERMEDAD DURANTE PERIODOS ABIERTOS de MATRICULACION COMO ESPECIFICADO POR la LEY.

Sea aconsejado por favor que un portador no puede solicitar ni puede requerir información médica que vuelve más de cinco (5) años antes de la fecha de la aplicación. Adicionalmente, el portador no puede utilizar información médica que es más de cinco (5) años viejos en cualquiera de los miembros de enrolado de un grupo pequeño en el seguro ni primas ponientes para el grupo.

Condiciones Preexistentes

Una condición preexistente significa una condición (si físico o mental), a pesar de la causa de la condición, para cuál consejo médico, el diagnóstico, el cuidado, o el tratamiento se recomendaron o fueron recibidos dentro de seis (6) meses que preceden la fecha de la matriculación o, si más temprano, el primer día del período que espera para la matriculación.

Una provisión preexistente de la limitación de la condición no aplica al embarazo, un niño nuevamente adoptivo, un niño colocó para la adopción, ni a un niño que es matriculado dentro de 30 días después del nacimiento.

Una provisión preexistente de la limitación de la condición no aplica a cualquiera del Colorado puesto bajo el mandato los planes básicos ni uniformes de subsidio de enfermedad de SEGURO MEDICO GLOBAL.

Si el plan de subsidio de enfermedad para que usted se matricula tiene una provisión preexistente de la limitación de la condición, las declaraciones siguientes aplican:

- Este período de la limitación será no más largo que seis (6) meses (12 meses para grupos de negocio de uno) para todos nuevos enrolados.
- Para tarde enrolados, el período de la limitación puede ser hasta 18 meses.

El período preexistente de la limitación de la condición será reducido por el espacio de tiempo que un nuevo enrolado fue cubierto por el alcance digno de crédito, con tal de que el alcance digno de crédito no terminara más de 90 días antes del más temprano del primer día del período que espera ni la fecha de vigencia del alcance. Las políticas del alcance de la salud o planes que cuentan el alcance como digno de crédito pueden reducir la longitud de un período preexistente de la limitación de la condición que dependiendo de la cantidad de tiempo que el nuevo enrolado fue cubierto por el alcance digno de crédito.

Tarde Enrolado

Un tarde enrolado es un empleado o el dependiente elegibles que solicita la matriculación en un plan de subsidio de enfermedad de grupo que sigue el período inicial de la matriculación para que el individuo tenía derecho para matricularse bajo los términos del plan de subsidio de enfermedad, tan largo como el período inicial de la matriculación era un período de por lo menos 30 días.

Alcance digno de Crédito

El alcance digno de crédito definió como en 10-16-102(13.7), C. R. S., los beneficios de medios o alcance abajo:

- Medicare o Medicaid;
- Un plan del beneficio del bienestar del empleado o agrupa el plan de seguro de enfermedad o subsidio de enfermedad;
- Un plan individual de subsidio de enfermedad; un riesgo de subsidios de enfermedad de estado aúna (inclusive pero no limitado a CoverColorado) o
- El Alcance proporcionó bajo el Capítulo 55 del título 10 del código de Estados Unidos, un programa médico del cuidado del servicio de sanidad indio federal o de una organización tribal, un plan de la salud ofreció bajo el capítulo 89 del



Nombre de empleado:	Nombre de empleador:
---------------------	----------------------

título 5, código de Estados Unidos, un plan sanitaria, o un plan de subsidio de enfermedad bajo la sección 5 (E) del Acto federal de Cuerpo de paz (22 U. S. C. La sec 2504(e)).

Este documento es una publicación de la División de Colorado del Seguro. Si usted tiene las preguntas acerca del contenido de este documento contactan por favor nuestras oficinas en 303-894-7499 o visitan nuestro sitio web en <http://www.dora.state.co.us/insurance>. Si tiene preguntas de la cobertura de seguro médico o que la inscripción por favor consulte con su empleador.



