

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / CAMBIO GRUPAL

POR FAVOR COMPLETE LA INSCRIPCIÓN EN LETRA DE MOLDE O MAYÚSCULA, UTILIZAR TINTA AZUL O NEGRA
LA INSCRIPCIÓN DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD PARA PODER SER PROCESADA, INCLUYENDO EL ESPACIO PARA EL SEGURO SOCIAL

No deseo participar en el Plan de Salud ofrecido por la compañía <input type="checkbox"/>		Nombre del producto: _____		ACCESO: <input type="checkbox"/> Organización Proveedores Preferidos (PPO) <input type="checkbox"/> Cuidado Coordinado (HMO)*										
ACCIÓN A REALIZAR														
<input type="checkbox"/> Nueva Inscripción <input type="checkbox"/> Inscripción Tardía <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Reinstalación <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Terminación														
Tipo de Beneficio (Grupos 2-50):			Tipo de Beneficio (Grupos 51+):											
<input type="checkbox"/> Global Premium: Médico, Farmacia, Dental 100 y Visión Cubiertas Opcionales: <input type="checkbox"/> Dental 200 <input type="checkbox"/> Dental 300 <input type="checkbox"/> Dental 400 <input type="checkbox"/> Seguro de Vida			<input type="checkbox"/> Médico (incluye seguro de vida) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión											
<input type="checkbox"/> Global Health: Médico, Farmacia, Dental 100 y Visión Cubiertas Opcionales: <input type="checkbox"/> Dental 200 <input type="checkbox"/> Dental 300 <input type="checkbox"/> Dental 400 <input type="checkbox"/> Seguro de Vida														
<input type="checkbox"/> Global Elite: Médico, Farmacia, Dental 200 y Visión Cubiertas Opcionales: <input type="checkbox"/> Dental 300 <input type="checkbox"/> Dental 400 <input type="checkbox"/> Seguro de vida			Para uso oficial de MCS: Núm. de Paquete de Beneficio asignado _____											
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL														
Núm. Seguro Social o Núm. Contrato (Requerido) _____		Apellidos del Asegurado o Empleado _____		Nombre del Asegurado o Empleado _____										
		Inicial _____		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M										
Dirección Postal del Empleado: Urb. # Calle, Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal _____		Tel. Residencia _____		Tel. Trabajo _____										
		Tel. Celular _____		Fecha de Nacimiento _____										
				Mes ____ / Día ____ / Año ____										
Correo Electrónico (E-mail) _____		Núm. de contrato de Medicare (HICN) (Requerido) _____		Nombre del Patrono _____										
				Fecha de Empleo _____										
				Mes ____/Día ____/Año ____										
<input type="checkbox"/> Retirado Mes ____/Día ____/Año ____		Uso de tabaco** <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Selección de Cubierta <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Pareja										
<input type="checkbox"/> Incapacitado Mes ____/Día ____/Año ____				Fecha de Efectividad Mes ____ / Día ____ / Año ____										
<input type="checkbox"/> COBRA Mes ____/Día ____/Año ____														
Tipo de Cambio: _____		¿Está usted asegurado bajo otro plan de salud, HMO o Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Nombre de la aseguradora que provee el otro plan _____										
				Núm. de póliza _____										
				Fecha de efectividad del otro plan Mes ____/Día ____/Año ____										
				Tipo de beneficio del otro plan <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión										
* SELECCIÓN DE GRUPO MÉDICO Y MÉDICO PERSONAL (PARA PLANES CON MODELO DE ACCESO DE CUIDADO COORDINADO)														
El grupo médico y el médico personal (PCP, puede ser: generalista, médico de familia, internista, ginecólogo/obstetra o pediatra) que escoja tiene que estar contratado por MCS Life Insurance Company, para proveer dichos servicios dentro del modelo de cuidado coordinado. El asegurado y todos sus dependientes podrán elegir un médico personal diferente, que forme parte del mismo grupo médico. Las aseguradas podrán seleccionar a su médico personal (médico de familia, internista o generalista), además de seleccionar a su ginecólogo/obstetra. En caso de embarazo, su médico personal será el ginecólogo/obstetra, quien debe formar parte del grupo médico seleccionado. Una vez culminado el embarazo, regresará al cuidado de su médico personal (médico de familia, internista o generalista). Este proceso es individual para cada una de las personas que son elegibles en el plan familiar.														
ASEGURADO PRINCIPAL		Nombre de grupo médico: _____		Número de grupo médico: _____										
		Nombre de médico personal: _____		Número de médico personal: _____										
INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES ELEGIBLES QUE DESEA INCLUIR BAJO SU PLAN: Es importante que tanto usted y cualquiera de sus dependientes elegibles mayores de 21 años completen el campo de E-mail para que reciban información del plan y otros documentos promocionales de manera electrónica. Recibirán, entre otros documentos, el Aviso de Prácticas de Privacidad y una notificación trimestral sobre la disponibilidad del informe Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en inglés) en nuestra página de Internet www.mcs.com.pr . Solo el asegurado principal podrá acceder el EOB de los dependientes menores de 21 años.														
Incluya: Cónyuge legal, hijos, hijos adoptados legalmente e hijastros que sean elegibles.														
Código Participante	Apellidos / Nombre / Inicial	Uso de tabaco** <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sexo F / M	Fecha de nacimiento Mes / Día / Año	Edad	Parentesco descripción	Núm. Seguro Social (Requerido) ó Núm. Contrato	¿Está su dependiente asegurado por otro plan?	Nombre de la aseguradora que provee el otro plan	Fecha de efectividad del otro plan Mes / Día / Año	Número de póliza	Tipo de cubierta del otro plan <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	Tipo de beneficio del otro plan <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión	Incapacitado (Si / No)
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión	
Correo electrónico								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión	
Nombre y número PCP								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión	
OB/GYN (si aplica)								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión	

Código Participante	Apellidos / Nombre / Inicial	Uso de tabaco*	Sexo F / M	Fecha de nacimiento Mes / Día / Año	Edad	Parentesco descripción	Núm. Seguro Social (Requerido) ó Núm. Contrato	¿Está su dependiente asegurado por otro plan?	Nombre de la aseguradora que provee el otro plan	Fecha de efectividad del otro plan Mes / Día / Año	Número de póliza	Tipo de cubierta del otro plan	Tipo de beneficio del otro plan	Incapacitado (Sí / No)
		[] Sí [] No						[] Sí [] No				[] Individual [] Pareja [] Familiar	[] Médico [] Dental [] Farmacia [] Visión	
Correo electrónico														
Nombre y número PCP														
OB/GYN (si aplica)														

* * Uso de tabaco- significa el uso de tabaco un promedio de cuatro o más veces a la semana dentro de un período de no más de seis meses. Incluye productos de tabaco, exceptuando el uso de tabaco para fines religiosos o ceremoniales. Además el uso de tabaco, se define en función de la última vez en que se usó el producto de tabaco.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si su cónyuge y/o dependientes tienen otro plan de salud, indique si es empleado activo o retirado	Si su cónyuge y/o dependientes son retirados, indique fecha de retiro	¿Tiene usted y/o alguno de sus dependientes Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? (Nota: Esta información será utilizada solo para coordinar beneficios con Medicare.)
Cónyuge [] Activo [] Retirado	Fecha de retiro Mes ___ / Día ___ / Año ___	[] Usted Desde: Mes ___ / Día ___ / Año ___
Dependiente [] Activo [] Retirado	Fecha de retiro Mes ___ / Día ___ / Año ___	[] Su cónyuge Desde: Mes ___ / Día ___ / Año ___
Dependiente [] Activo [] Retirado	Fecha de retiro Mes ___ / Día ___ / Año ___	[] Dependiente Desde: Mes ___ / Día ___ / Año ___
Dependiente [] Activo [] Retirado	Fecha de retiro Mes ___ / Día ___ / Año ___	[] Dependiente Desde: Mes ___ / Día ___ / Año ___
Dependiente [] Activo [] Retirado	Fecha de retiro Mes ___ / Día ___ / Año ___	[] Dependiente Desde: Mes ___ / Día ___ / Año ___

¿Está usted o alguno de sus dependientes cubierto por Medicare?	Fecha de Efectividad (Mes / Día / Año):	Núm. de contrato de Medicare (HICN) (Requerido)
[] Usted	Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___ Parte D ___/___/___	Usted _____
[] Su cónyuge	Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___ Parte D ___/___/___	Su cónyuge _____
[] Dependiente	Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___ Parte D ___/___/___	Dependiente _____
[] Dependiente	Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___ Parte D ___/___/___	Dependiente _____
[] Dependiente	Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___ Parte D ___/___/___	Dependiente _____
[] Dependiente	Parte A ___/___/___ Parte B ___/___/___ Parte D ___/___/___	Dependiente _____

SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Asegurado de grupo Pymes (2-50 empleados): Si su patrono seleccionó un producto que incluye seguro de vida, escriba el nombre de las personas que recibirán el beneficio de su seguro. Si su patrono no seleccionó un producto que incluye seguro de vida, este beneficio no aplica a su cubierta.

Asegurados de grupos que no son Pymes (grupos 51 empleados en adelante): la cubierta seleccionada por su patrono incluye seguro de vida. Favor escriba el nombre de las personas que recibirán el beneficio de su seguro.

Beneficiarios Principales	Parentesco	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Beneficio	Beneficiarios Contingentes	Parentesco	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Beneficio

Notas: 1. Un asegurado puede nombrar a uno (1) o más beneficiarios para recibir la cantidad pagadera a su muerte. El nombramiento o cambio de beneficiario debe ser: por escrito, firmado por el asegurado y registrado en MCS Life Insurance Company.

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Certifico que leí o me fue leída la información ofrecida por mí en este formulario, que la misma es cierta y correcta. Autorizo a cualquier médico, hospital u otra instalación de servicios médicos, compañía de seguro u otra institución a proveer la información que MCS requiera.

Firma del Empleado	Fecha	Firma del Patrono	Fecha
--------------------	-------	-------------------	-------

DISPOSICIONES DEL PLAN DE SALUD

1. Autorizo el pago de cualquiera y todos los beneficios pagaderos bajo la póliza a cualquier proveedor de servicios de salud autorizado que preste tratamiento para mí y mis dependientes.

2. USOS Y DIVULGACIONES AUTORIZADAS POR LEY DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

MCS Life Insurance Company tiene el deber y el compromiso de mantener la privacidad y confidencialidad de su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). MCS Life Insurance Company como administrador del Plan puede divulgar PHI sin autorización del asegurado para llevar a cabo funciones relacionadas con su tratamiento, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud.

Para más detalles sobre ley HIPAA y las practicas de privacidad acceda a www.medicalcardsystem.com, seleccionar HIPAA, Nota de Privacidad.

3. AVISO DE FRAUDE

De acuerdo a las disposiciones de la Ley Número 230 del 9 de agosto de 2008, le advertimos que el Artículo 27.33 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone lo siguiente: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar 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 un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de \$5,000, ni mayor de \$10,000 o pena de reclusión por un término fijo de 3 años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de 5 años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de 2 años."

4. Certifico que recibí orientación sobre los beneficios bajo todas las alternativas de Plan de Salud ofrecidas por mi patrono.

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD

Este formulario, una vez completado, contiene información privilegiada y confidencial por lo que la información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. Si usted recibe la misma por equivocación o error, no está autorizado a revisar, divulgar, diseminar, distribuir o fotocopiar la misma. Si recibió esta información por error favor de notificar inmediatamente al 787-758-2500 para hacer los arreglos de devolución o destrucción de los documentos.

ACUERDO PARA PAGO DE PRIMA POR DESCUENTO AUTOMÁTICO

MCS le provee la facilidad de hacer el pago de su seguro médico de una manera sencilla y segura mediante descuento automático. Favor de completar la siguiente información:

1. Tipo de póliza: MCS Personal MCS Cobra Póliza Grupal de MCS

2. Nombre del asegurado principal: _____ Teléfono: _____

3. Número de contrato: _____ Dirección postal: _____

4. Correo electrónico: _____

5. Autorización:

Usted puede escoger una de las dos opciones de pago disponibles. **Complete la siguiente información.**

Cuenta Bancaria

Tipo de cuenta: Ahorros Cheque

Número de cuenta: _____

Número de ruta y tránsito (ABA): _____ (favor verificar con su banco)

Tarjeta de crédito

Tipo de tarjeta: Visa Master Card AMEX

Número de tarjeta: _____

Fecha de expiración: _____

Por este medio usted autoriza a **MCS Life Insurance Company** a debitar de su cuenta bancaria o tarjeta de crédito los cargos mensuales para el pago de la prima del contrato en referencia. El descuento automático se realizará el día diez (10) de cada mes. Para indentificar mejor su cuenta, favor remitir un cheque nulo (o copia del mismo) de la cuenta a ser debitada. En caso de cuenta de ahorro, remita copia de identificación que aparece en el estado de cuenta mensual. Todo descuento automático devuelto conllevará un cargo de \$15.00 por manejo y procesamiento.

6. Vigencia:

Este acuerdo permanecerá durante la vigencia de la póliza de referencia o hasta que **MCS Life Insurance Company** reciba notificación escrita de mi parte ordenando su terminación.

Firma Autorizada de la Cuenta

Fecha



A quien pueda interesar:

Quiero por este medio reconocer a Medicalink, Corp. como la Agencia General de seguros para mi cubierta médico-hospitalaria, sin limitarse a gestiones en el futuro de negociar cubierta y/o beneficios que pudieran surgir con las compañías de seguros en mi beneficio.

Igualmente autorizo, en cumplimiento a la ley HIPAA, que se le entregue a Medicalink, Corp. cualquier información médica mía que pueda ésta necesitar, a raíz de una investigación solicitada por mí.

Sin otro particular quedo

Atentamente,

Nombre Asegurado

Fecha

Firma Asegurado

Plan Médico

Número de Seguro Social

Cubierta

Correo Electrónico