

Formulario de Inscripción / Cambio (Consolidado)

Empleador: Complete la Sección A
Empleado: Complete las Secciones B-G

Asegurado y/o administrado por
Connecticut General Life Insurance Company
CIGNA HealthCare



Por favor, complete este formulario en letra de molde y gracias por suministrar esta información.

A	<input type="checkbox"/> OPEN ENROLL. <input type="checkbox"/> CHANGE <input type="checkbox"/> NEW ENROLL. <input type="checkbox"/> REINSTATE	EFFECTIVE DATE OF ADD/CHANGE/ CANCELLATION (MM/DD/CCYY)	EMPLOYER NAME			EMPLOYER ADDRESS				
	CIGNA ACCOUNT NO.	DIVISION/BRANCH/LOCATION/CLASS	DATE OF HIRE (MM/DD/CCYY)	NETWORK ID	BRANCH CODE	CDH GROUP NO.	MEDICAL BEN. OPTION	DENTAL BEN. OPTION	CIGNA CHOICE FUND ANNUAL AMOUNT	
TYPE OF CHANGE: <input type="checkbox"/> Add Dependent(s) * Date: _____ <input type="checkbox"/> Cancel Employee Last Date of Coverage: _____ <input type="checkbox"/> Cancel Dependent(s) * Last Date of Coverage: _____ * List Names in Section B										
<input type="checkbox"/> Address Change <input type="checkbox"/> Transfer to COBRA <input type="checkbox"/> 18 mos. <input type="checkbox"/> 29 mos. <input type="checkbox"/> 36 mos.										
<input type="checkbox"/> Family Security Benefit/Surviving Spouse <input type="checkbox"/> Retirement <input type="checkbox"/> Other _____										

B	NOMBRE DEL EMPLEADO (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO _____			FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO (mes/día/año) _____																																																																																					
	TELÉFONO RESIDENCIAL _____		TELÉFONO DEL TRABAJO _____		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO RESIDENCIAL _____			DIRECCIÓN (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Estado) (Código postal) _____																																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">DESEO OBTENER COBERTURA PARA MÍ Y PARA MIS DEPENDIENTES. (Especifique el apellido si es distinto del suyo)</th> <th rowspan="2">Nº DE SEGURO SOCIAL DEL DEPENDIENTE</th> <th rowspan="2">FECHA DE NACIMIENTO</th> <th rowspan="2">SEXO</th> <th rowspan="2">SELECCIÓN DE COBERTURA</th> <th rowspan="2">¿ES ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO?*</th> <th colspan="2">Si elige una opción de atención médica administrada: Seleccione un Médico Primario (PCP) o Centro de Atención Médica (HCC) y anote los números de identificación a continuación. Nota: Para el Plan Open Access (Acceso Abierto) no es necesario seleccionar un Médico primario (PCP).</th> <th colspan="2">¿YA ERA PACIENTE?</th> <th colspan="2">Si elige la opción de Atención Dental de CIGNA o plan dental Access de CIGNA: Ingrese el número del consultorio dental de su 1º y 2º selección.</th> <th rowspan="2">(marque uno)</th> </tr> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Empleado</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td><input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental</td> <td></td> <td colspan="2">Selección de PCP o HCC -</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar</td> </tr> <tr> <td>Cónyuge</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td><input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental</td> <td></td> <td colspan="2">Selección de PCP o HCC -</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar</td> </tr> <tr> <td>Dependiente *</td> <td>Parentesco</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td><input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Selección de PCP o HCC -</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar</td> </tr> <tr> <td>Dependiente *</td> <td>Parentesco</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td><input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Selección de PCP o HCC -</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar</td> </tr> <tr> <td>Dependiente *</td> <td>Parentesco</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td><input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Selección de PCP o HCC -</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar</td> </tr> </tbody> </table>											DESEO OBTENER COBERTURA PARA MÍ Y PARA MIS DEPENDIENTES. (Especifique el apellido si es distinto del suyo)	Nº DE SEGURO SOCIAL DEL DEPENDIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	SELECCIÓN DE COBERTURA	¿ES ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO?*	Si elige una opción de atención médica administrada: Seleccione un Médico Primario (PCP) o Centro de Atención Médica (HCC) y anote los números de identificación a continuación. Nota: Para el Plan Open Access (Acceso Abierto) no es necesario seleccionar un Médico primario (PCP).		¿YA ERA PACIENTE?		Si elige la opción de Atención Dental de CIGNA o plan dental Access de CIGNA: Ingrese el número del consultorio dental de su 1º y 2º selección.		(marque uno)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Empleado			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental		Selección de PCP o HCC -		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar	Cónyuge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental		Selección de PCP o HCC -		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar	Dependiente *	Parentesco		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Selección de PCP o HCC -		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar	Dependiente *	Parentesco		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Selección de PCP o HCC -		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar	Dependiente *	Parentesco		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Selección de PCP o HCC -		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar
DESEO OBTENER COBERTURA PARA MÍ Y PARA MIS DEPENDIENTES. (Especifique el apellido si es distinto del suyo)	Nº DE SEGURO SOCIAL DEL DEPENDIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	SELECCIÓN DE COBERTURA	¿ES ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO?*	Si elige una opción de atención médica administrada: Seleccione un Médico Primario (PCP) o Centro de Atención Médica (HCC) y anote los números de identificación a continuación. Nota: Para el Plan Open Access (Acceso Abierto) no es necesario seleccionar un Médico primario (PCP).		¿YA ERA PACIENTE?		Si elige la opción de Atención Dental de CIGNA o plan dental Access de CIGNA: Ingrese el número del consultorio dental de su 1º y 2º selección.							(marque uno)																																																																													
						Sí	No	Sí	No	Sí	No																																																																																			
Empleado			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental		Selección de PCP o HCC -		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar																																																																																		
Cónyuge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental		Selección de PCP o HCC -		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar																																																																																		
Dependiente *	Parentesco		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Selección de PCP o HCC -		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar																																																																																		
Dependiente *	Parentesco		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Selección de PCP o HCC -		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar																																																																																		
Dependiente *	Parentesco		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Selección de PCP o HCC -		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2º selección - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cancelar																																																																																		
* DEPENDIENTES - Si es estudiante a tiempo completo de 19 años de edad o más, adjunte evidencia que confirme los créditos. Si está totalmente incapacitado antes de los 19 años de edad, adjunte evidencia de la incapacidad para la revisión de elegibilidad.																																																																																														

C	OPCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA: <input type="checkbox"/> Punto de servicio (o DPP o CHA) <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Red (o EPP) <input type="checkbox"/> Punto de Servicio Open Access		OTRAS OPCIONES MÉDICAS: <input type="checkbox"/> HMO Open Access <input type="checkbox"/> Red Open Access <input type="checkbox"/> Open Access Plus <input type="checkbox"/> Open Access Plus dentro de la red		<input type="checkbox"/> Plan de Proveedores Participantes (PPO) <input type="checkbox"/> PPO o EPO dentro de la red <input type="checkbox"/> Preferred Provider Access (PPA) <input type="checkbox"/> Indemnización médica		CIGNA CHOICE FUNDSM OPCIONES: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> HRA - Farmacia <input type="checkbox"/> HRA - Dental		<input type="checkbox"/> con PPO <input type="checkbox"/> con Open Access Plus <input type="checkbox"/> con Open Access Plus dentro de la red <input type="checkbox"/> con EPO <input type="checkbox"/> con Indemnización		<input type="checkbox"/> Red CIGNA Care <input type="checkbox"/> Rechaza la cobertura OPCIÓN Nº (si aplica): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		D	OPCIONES DE LA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES: <input type="checkbox"/> Atención Médica* <input type="checkbox"/> Guardería para dependientes* <input type="checkbox"/> Rechaza la cobertura	E	OPCIONES DENTALES: <input type="checkbox"/> CIGNA Dental Care (CDC) <input type="checkbox"/> CIGNA Dental Access (CDA) <input type="checkbox"/> Dental PPO <input type="checkbox"/> Indemnización dental <input type="checkbox"/> Rechaza la cobertura
	Si elige una opción de atención médica administrada que no sea Open Access Plus, escriba en letra de molde el nombre de la red de CIGNA HealthCare. (Consulte la tapa o la primera página de la guía de médicos). Incluya el nombre de la ciudad y el estado.															

*Si marcó una de las Cuentas de gastos flexibles en la Sección D, asegúrese de completar el formulario de inscripción correspondiente que se incluye en este paquete.

F	OTRA COBERTURA DE SALUD: ¿Tienen usted o sus dependientes otro seguro médico bajo un plan de grupo, HMO o Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor provea la siguiente información:												
	NOMBRE DE LA PERSONA CUBIERTA _____		Nº DE SEGURO SOCIAL _____			FECHA DE VIGENCIA _____			MEDICARE Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/>		MEDICAID <input type="checkbox"/>		OTRA COMPAÑÍA DE SEGURO <input type="checkbox"/>

G	FIRMA - A mi mejor entender, la información antes suministrada es cierta y correcta, y acepto las disposiciones que aparecen al dorso de este formulario, las cuales he leído y entiendo.										
	FIRMA DEL EMPLEADO / FECHA _____			FIRMA DEL CÓNYUGE / FECHA _____			FIRMA DEL EMPLEADOR / FECHA _____			<input type="checkbox"/> Si prefiere recibir el material de post-inscripción en Español, por favor, marque aquí	

**¡IMPORTANTE! ANTES DE ESCRIBIR EN ESTE LADO:
SEPARÉ ESTA PAGINA ANTES DE COMPLETAR LAS SECCIONES H Y I.**

Empleado: Complete las Secciones H-I si aplica

H	SEGURO DE VIDA Y DE MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE UN MIEMBRO	EMPLEADO	DEPENDIENTE	STD Y LTD	EMPLEADO
	<input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Seguro de vida adicional <input type="checkbox"/> Seguro de vida para dependientes - Cónyuge <input type="checkbox"/> Seguro de vida para dependientes - Hijo(s) <input type="checkbox"/> Muerte accidental y desmembramiento (AD&D) <input type="checkbox"/> AD&D adicional	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$	<input type="checkbox"/> Incapacidad de corto plazo (STD) <input type="checkbox"/> Incapacidad de largo plazo (LTD)	\$ \$

I	SI ELIGE BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA O DE AD&D, INDIQUE SU BENEFICIARIO A CONTINUACIÓN.				
	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	PARENTESCO	% DEL SEGURO

IMPORTANTE: Si ha elegido cobertura médica y/o su empleador está proveyendo cobertura de seguro de vida y AD&D, por favor, envíe una copia de esta página junto con la primera hoja de este formulario según le indique su empleador.

CLÁUSULAS

- "CIGNA" or "CIGNA HealthCare" se refiere a las distintas subsidiarias operacionales de CIGNA Corporation. Los productos y servicios son provistos por estas subsidiarias y no por CIGNA Corporation. Estas subsidiarias incluyen a Connecticut General Life Insurance Company, Tel-Drug, Inc., y sus afiliados, CIGNA Behavioral Health, Inc., Intracorp, y Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés para Health Maintenance Organization) o subsidiarias de compañías de servicio de CIGNA Health Corporation y CIGNA Dental Health, Inc.
- Acepto, para mí y mis dependientes, que en caso de que la responsabilidad primaria de cualesquiera servicios de salud rendidos por terceros mediante otra cobertura de salud de grupo o mediante el acto u omisión de otra persona, informar por completo al plan de salud y que ejecutaré tales asignaciones, gravámenes y otros documentos que pudieran ser necesarios para que el plan pueda recobrar el valor de los servicios provistos. Además, acepto que en caso de que yo o cualquiera de mis dependientes reciba beneficios o daños de cualquiera otra parte que tenga una responsabilidad primaria por los servicios prestados por el plan de salud, reembolsaré al plan de salud hasta el alcance de los servicios prestados hasta donde lo permitan las leyes estatales.

ADVERTENCIA DE FRAUDE

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) radique una solicitud para seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa; o (2) oculte con el propósito de engañar, información sustancial relacionada, comete un acto fraudulento de seguro.

AUTORIZACIÓN PARA DEDUCIR APORTACIONES

Autorizo a que se deduzcan de mis ingresos los aportes requeridos, de haberlos, para pagar el costo de la cobertura. Esta autorización sólo se aplica si se requieren aportes del empleado.

CLÁUSULAS ESPECIALES PARA LOS EMPLEADOS QUE TIENEN PLANES BAJO LA SECCIÓN 125

Al permitir que una persona se inscriba en el Plan de Seguro cuando no es el periodo de inscripción abierta, CIGNA HealthCare o Connecticut General Life Insurance Company no renuncia a ninguno de los términos de este contrato. Además, al permitir que una persona se inscriba en el Plan de Seguro cuando no es un periodo de inscripción abierta, CIGNA HealthCare o Connecticut General Life Insurance Company no expresa opinión alguna sobre la aptitud del cambio bajo la Sección 125 del Código de Rentas Internas (*Internal Revenue Code*) o de los términos del Plan bajo la Sección 125 del empleador.