

**En esta solicitud, "Humana" hace referencia a la(s) compañía(s) que ofrece(n) el plan enumerada(s) a continuación, en forma individual o colectiva y según lo exija el contexto.**

Los planes médicos y los planes de protección de ingresos a corto plazo y de seguro de vida están asegurados o son administrados por Humana Insurance Company. Los planes dentales están asegurados o son administrados por HumanaDental Insurance Company o Humana Insurance Company.

**Escriba con letra de imprenta clara y rellene cada círculo donde corresponda.**

No. de grupo	No. de beneficio	Clase/División
--------------	------------------	----------------

**Información del empleado**

Apellido	Nombre	ISN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ID del afiliado	Nombre del empleador	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Información del cambio de domicilio del empleado**

Nueva dirección	Apto. / Suite / No. apartado postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	No. de teléfono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Cambie los planes o dependientes**

- Cambie el plan de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Cambie el beneficio / la clase a:    
No. de beneficio                      Clase/división
- Agregue un dependiente (complete el formulario de Información del dependiente y cualquier otro formulario de inscripción que corresponda)
- Elimine un dependiente (complete el formulario de Información del dependiente y cualquier otro formulario de inscripción que corresponda)
- Cancele la cobertura:   
Fecha de rescisión (MMDDAAAA)

**Indique el evento determinante:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Recontratación<br><input type="radio"/> Separación legal<br><input type="radio"/> Cese de la contribución del empleador<br><input type="radio"/> El cónyuge pasa de ser empleado a tiempo completo a empleado a tiempo parcial | <input type="radio"/> Divorcio<br><input type="radio"/> El empleador del cónyuge finaliza la cobertura<br><input type="radio"/> Fallecimiento del cónyuge<br><input type="radio"/> El cónyuge deja de tener empleo | <input type="radio"/> Nacimiento / adopción de un dependiente<br><input type="radio"/> Otro: _____<br>Fecha del evento determinante (MMDDAAAA)<br><input type="text"/> |
|--|--|--|

**Cambie el beneficiario**

**Seguro de vida básico**

Nombre del beneficiario principal \_\_\_\_\_ Nombre del beneficiario secundario \_\_\_\_\_

**Seguro de vida voluntario**

Nombre del beneficiario principal \_\_\_\_\_ Nombre del beneficiario secundario \_\_\_\_\_

**Contrato** **CO-80124-AA**

**Acuse de recibo veraz y completo**

Entiendo, acepto y manifiesto que:

- He leído este documento o me lo han leído.
- Las respuestas proporcionadas en toda esta solicitud de cobertura son, a mi leal saber y entender, veraces y completas.
- Ni mi empleador ni el agente tienen la autoridad de evadir una respuesta completa a cualquier pregunta, determinar la cobertura o asegurabilidad, modificar ningún contrato u omitir ninguno de los demás derechos y requisitos de Humana.
- Si esta solicitud de cobertura es aceptada, la cobertura entrará en vigor en la fecha especificada por Humana en el certificado de cobertura/certificado de seguro.
- Cualquier tergiversación contenida en este documento, en la que Humana se haya basado, puede ser utilizada para reducir o denegar una reclamación, o anular el contrato dentro del período disputable si dicha tergiversación afecta materialmente a la aceptación del riesgo.
- Es ilegal facilitar a sabiendas información o datos erróneos, incompletos o engañosos a la compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las penas pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños y perjuicios. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas facilite información o datos erróneos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o al demandante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al demandante respecto al acuerdo o a la recompensa pagaderos según los procedimientos del seguro será denunciado ante el Department of Regulatory Agencies de la Colorado Division of Insurance.

Por la presente, me inscribo para los beneficios para los cuales actualmente reúno los requisitos o para los cuales puedo reunir los requisitos en el futuro según el(los) contrato(s) de grupo de mi empleador. Si para esta cobertura se requiere alguna deducción, autorizo a realizar dichas deducciones de mis ingresos. Me reservo el derecho de revocar esta autorización de deducción en cualquier momento previa presentación por escrito de una notificación, a menos que haya optado por utilizar las deducciones antes de impuestos.

Este documento, junto con cualquier otro suplemento, formará parte de cualquier contrato y será la base de cualquier certificado de cobertura/certificado de seguro que se emita.

**Autorización**

Mis dependientes y yo autorizamos a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, centro de administración de veteranos, otro centro médico o relacionado con la medicina, Administrador de Beneficios de Farmacia, compañía de seguros, HMO o reaseguradora, al Medical Information Bureau, Inc., o a la Agencia de Informes al Consumidor (Consumer Reporting Agency) que tenga información con respecto a mí y a mis dependientes, incluida información relacionada con asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y atención de enfermedades físicas, psiquiátricas, mentales o emocionales, abuso de drogas, sustancias o alcohol o enfermedades relacionadas, y cualquier otra información no médica, a suministrar parcial o totalmente dicha información a Humana o a su representante legal.

Mis dependientes y yo entendemos y aceptamos que:

- La información obtenida por el uso de esta autorización puede ser utilizada por Humana para determinar si reúne los requisitos para cobertura o para beneficios según la política y administración de planes existentes.
- La información obtenida no será divulgada por Humana a ninguna persona ni organización excepto a las compañías reaseguradoras, al Medical Information Bureau, Inc. o a otras personas u organizaciones que realicen operaciones de atención médica o brinden servicios comerciales o legales relacionados con cualquier solicitud, reclamación o si se requiere por ley o si así lo autorizamos más adelante.
- Podemos solicitar recibir una copia de esta autorización.
- Una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
- Esta autorización tendrá una validez de dos años desde la fecha que aparece abajo.

Firma del empleado:

Fecha:

Firma del cónyuge:

Fecha:

(Si es un dependiente con cobertura)

