

# Información del Seguro de Salud del Empleador

- Este formulario debe ser completado por su empleador o el representante de Recursos Humanos de su empresa. Los espacios sin llenar en este formulario pueden demorar el proceso.
- Este formulario debe ser completado por cada miembro empleado del núcleo familiar.

## A Información General

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ EIN: \_\_\_\_\_

- Sí  No 1. ¿Su empresa ofrece seguro de salud? Si la respuesta es no, pasar a la sección D. Firme y regrese el formulario.
- Sí  No 2. ¿Su seguro de salud le fue ofrecido a través de “Utah Health Exchange (UHE)”?
- Sí  No 3. ¿El empleado puede anotarse en cualquier plan de seguro que se ofrezca?  
Si la respuesta es no, por favor explique: \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es sí, ¿cuando es/fue elegible el empleado? (mes/ día/ año) \_\_\_\_\_
- Sí  No 4. ¿El empleado (o algún miembro familiar) está anotado en algún plan de seguros?  
Si la respuesta es sí, por favor detalle los nombres de las personas anotadas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sí  No 5. ¿Este empleado o algún miembro de su núcleo familiar canceló/ cambió la cobertura en los últimos seis meses? Si la respuesta es sí, nombre(s): \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es sí, ¿cuándo terminó/ cambió la cobertura? (mes/día/año) \_\_\_\_\_

## B Plan Menos Costoso para el Empleador o “UHE Default Plan”

Las preguntas a continuación se refieren al **Plan Menos Costoso para el Empleador** o **“UHE Default Plan”**.

- Sí  No 1. ¿El empleado debe anotarse para poder agregar dependiente(s)?
2. Fecha en que el empleado puede anotarse para recibir seguro (mes/día/año): \_\_\_\_\_
3. Próxima fecha de inscripción abierta, si es aplicable (mes/día/año): \_\_\_\_\_
4. Por favor complete la tabla a continuación sobre el costo mensual del seguro médico.  
**No** incluya el costo de cobertura dental, de visión, u otras, si está separado.

Costo Mensual		
	Parte del Empleado	Parte de la Compañía
Empleado	\$ _____	\$ _____
Empleado + cónyuge	\$ _____	_____
Empleado + niño	\$ _____	_____
Familia	\$ _____	_____

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social o caso: \_\_\_\_\_

## **C Elección de Seguro de Salud del Empleado**

Las siguientes preguntas se refieren al plan elegido por el empleado. Las preguntas 3-7 hacen referencia a los beneficios "en la red".

1. Nombre de la compañía y el plan de seguros: \_\_\_\_\_
2. Número de la póliza, si usted lo conoce: \_\_\_\_\_
- Sí  No 3. ¿El deducible es \$2,500 o menos por persona?
- Sí  No 4. ¿El beneficio de vida máximo es de \$1,000,000 o más?
- Sí  No 5. ¿El plan paga por al menos el 70% de la estadía de un paciente con internación (después del deducible)?
6. ¿Qué beneficios están cubiertos con este plan (elijá todos los que están cubiertos)?
- Visitas al doctor  Servicios de internación  Farmacia/Recetas médicas
- Sí  No 7. ¿Cubre el plan servicios de aborto?
- ¿Si la respuesta es afirmativa, bajo qué circunstancias lo cubre?
- Solamente cuando la vida de la madre está en peligro si el embarazo continúa, en caso de incesto, violación sexual
- Otra circunstancia, descríbala por favor: \_\_\_\_\_
8. Complete la tabla solamente si difiere con el cuadro en la primera página (sección B).  
**No** incluya el costo de cobertura dental, de visión, u otras, si está separado.

Costo Mensual		
	Parte del Empleado	Parte de la Compañía
Empleado	\$ _____	\$ _____
Empleado + cónyuge	\$ _____	_____
Empleado + niño	\$ _____	_____
Familia	\$ _____	_____

- Sí  No 9. ¿Los hijos del empleado están anotados actualmente o serán anotados en el plan dental de su compañía? Si la respuesta es sí, nombre(s): \_\_\_\_\_

## **D Firma**

Certifico que soy un representante del Departamento de Recursos Humanos, o que soy el representante del seguro médico. En mi conocimiento, la información en este formulario es veraz y correcta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (escriba su nombre por favor) \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Envíe este formulario completo a:

Department of Workforce Services  
PO Box 143245  
SLC, UT 84114-3245  
Fax: 801-526-9500  
Toll-free Fax: 877-313-4717