Utah Department of Health
Promote ■ Prevent ■ Protect

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

1 Información General

Nombre del Empleado: _____ SSN: _____

Nombre de la Empresa: _____ EIN: _____

☐Sí ☐No A. ¿Su empresa ofrece seguro de salud? Si la respuesta es no, pasar a la sección 4. Firme y regrese el formulario.

☐Sí ☐No B. ¿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 C. ¿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 D. -¿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) _____

2 Plan Menos Costoso

Para las preguntas a continuación, por favor otorgue información sobre el plan menos costoso ofrecido.

☐Sí ☐No A. ¿El empleado debe anotarse para poder agregar dependiente(s)?

☐Sí ☐No B. Fecha en que el empleado puede anotarse para recibir seguro (mes-día-año): _____

☐Sí ☐No C. Próxima fecha de inscripción abierta, si es aplicable (mes-día-año): _____

☐Sí ☐No D. Por favor complete la tabla a continuación sobre los costos de seguro médico. NO incluya el costo de cobertura dental, de visión, u otras, si está separado.

Costo del Empleado (por mes)	
Empleado	$
Empleado + cónyuge	$
Empleado + niño	$
Familia	$

E. ¿Cuánto le cuesta por mes a la compañía asegurar al empleado?_____

☐Sí ☐No F. ¿Con este plan, hay un deducible anual que debe ser alcanzado antes de que cualquier reclamo sea pagado? (no los costos de su bolsillo o los deducibles del hospital)
Si la respuesta es sí, monto individual $ _____
monto familiar $ _____

(continuar)

3 Eleccion de Seguro de Salud del Empleado

Las siguientes preguntas se refieren al plan elegido por el empleado. Las preguntas B-H hacen referencia a los beneficios ¨en la red¨.

☐Sí ☐No A. Nombre de la compañía y el plan de seguros: _____

☐Sí ☐No B. ¿El deducible es $1000 o menos por persona?

☐Sí ☐No C. ¿El plan paga por al menos el 70% de la estadía de un paciente con internación (luego del deducible)?

☐Sí ☐No D. ¿El beneficio de vida máximo es de $1,000,000 o más?

E. ¿Qué beneficios están cubiertos con este plan (elija todos los que están cubiertos)?

☐ Visitas al doctor ☐ Servicios de internación ☐ Farmacia/Recetas médicas
☐ Exámenes para niños ☐ Vacunas para niños

F. Complete este cuadro solamente si difiere del cuadro en la primera página (sección 2). NO incluya el costo de cobertura dental, de visión, u otras, si está separado.

Costo del Empleado (por mes)	
Empleado	$
Empleado + cónyuge	$
Empleado + niño	$
Familia	$

G. ¿Cuánto le cuesta por mes a la compañía asegurar al empleado? _____

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

4 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:

UDOH BOA
PO Box 144102
Salt Lake City, UT 84114-4102
Fax: 801-538-6860