



Información del Seguro de Salud del Empleador

- Este formulario debe ser completado por su empleador o el representante de Recursos Humanos de su empresa.
- Este formulario debe ser completado por cada miembro empleado del núcleo familiar

Nombre del Empleado: _____ SSN: _____

Nombre de la Empresa: _____ EIN: _____

- Sí No 1. ¿Su empresa ofrece seguro de salud? (Si la respuesta es no, por favor firme la parte de atrás y envíe este formulario.)
- Sí No 2. ¿El empleado puede anotarse en cualquier plan de seguro que se ofrezca? Si la respuesta es no, por favor explique: _____
- Sí No 3. ¿El empleado (o algún miembro familiar) está anotado en algún plan de seguros? Si la respuesta es Si, por favor detalle los nombres de las personas anotadas:

- Sí No 4. ¿Este empleado (o algún miembro de la familia) ha cancelado/cambiado la cobertura en los últimos seis meses? Si la respuesta es Si, por favor detalle el/ los nombre/s: _____
 Fecha en que la cobertura cesó/ cambió (mes/día/año): _____

Para las preguntas 5-10, por favor otorgue información sobre el plan menos costoso ofrecido.

- Sí No 5. ¿El empleado debe anotarse para poder agregar dependiente(s)?
- 6. Fecha en que el empleado puede anotarse para recibir seguro (mes-día-año): _____
- 7. Fecha de inicio de la cobertura (mes-día-año): _____
- 8. Próxima fecha de inscripción abierta, si es aplicable (mes-día-año): _____
- 9. a) 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.
- b) Los costos del empleado son retenidos: Mensual Bimensual Quincenal Semanal

	Costo del Empleado	Costo del Empleador (por mes)
Empleado	\$ _____	\$ _____
Empleado + cónyuge	\$ _____	
Empleado + 1 dependiente	\$ _____	
Empleado + 2 dependientes	\$ _____	
Familia	\$ _____	

- Sí No 10. ¿Bajo este plan, existe un deducible anual que debe ser alcanzado antes de que cualquier reclamo sea pagado? En caso afirmativo, monto: \$ _____

Para las preguntas 11-17, por favor otorgue información del plan que el empleado haya seleccionado. Si es el mismo plan que en las preguntas 5-11, no necesita completar la tabla en la pregunta 16. Las preguntas 12-15 hacen referencia a los beneficios "en la red".

11. Nombre de la compañía y el plan de seguros: _____
- Sí No 12. ¿El deducible es \$1000 o menos por persona?
- Sí No 13. ¿El plan paga por al menos el 70% de la estadía de un paciente con internación (luego del deducible)?
- Sí No 14. ¿El beneficio de vida máximo es de \$1,000,000 o más?
15. ¿Qué beneficios están cubiertos con este plan? (elijá todos los que están cubiertos)
- Visitas médicas Servicios de internación Farmacia
- Consulta médica infantil Vacunas

16. a) Para este plan, por favor complete la tabla a continuación sobre los costos de seguro médico. No incluya los costos de la cobertura dental, de visión, u otras coberturas, si son por separado.

b) Los costos del empleado se retienen: Mensual Bimensual Quincenal Semanal

	Costo del Empleado	Costo del Empleador (por mes)
Empleado	\$	\$
Empleado + cónyuge	\$	
Empleado + 1 dependiente	\$	
Empleado + 2 dependientes	\$	
Familia	\$	

- Sí No 17. ¿Se ofrece cobertura dental para los hijos del empleado?
- En caso afirmativo, por favor detalle los nombres de los niños con cobertura: _____
- _____

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: _____ Telefono: _____

Envíe el formulario completo a:

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

O envíe un fax a: _____

Si tiene alguna pregunta, contacte: _____ al _____