



4417 Corporation Lane  
Virginia Beach, VA 23462

**SOLO PARA USO DEL PLAN**

N.º del suscriptor:

Fecha:

**Optima Health**

**Solicitud de inscripción del empleado, rechazo y coordinación de beneficios**

**Planes de BusinessEDGE® administrados por Optima Health:**

- |   |   |                                      |                                     |
|---|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vantage (HMO)  | <input type="checkbox"/> Design Vantage | <input type="checkbox"/> Equity Plus | <input type="checkbox"/> POS        |
| <input type="checkbox"/> Equity Vantage | <input type="checkbox"/> Plus (PPO)     | <input type="checkbox"/> Design Plus | <input type="checkbox"/> Equity POS |

**Plan de beneficios específico:** \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:**

- Optima Health tiene el derecho de revisar las tarifas (de forma retroactiva o prospectiva), anular o terminar el Contrato de Seguro de Stop Loss de su empleador si completa este formulario con información falsa, incompleta o engañosa. Su empleador puede anular su cobertura o la de su dependiente si completa este formulario con información falsa, incompleta o engañosa.
- Cualquier información incompleta **retrasará la inscripción**. Complete todas las secciones con bolígrafo azul o negro.
- Los números de Seguro Social son **obligatorios** para el suscriptor principal, el cónyuge si es mayor de 40 y los hijos dependientes discapacitados si tienen más de 40 años.
- Si está agregando o retirando un cónyuge o dependiente, **adjunte los documentos de apoyo**.

**A. INFORMACIÓN DE GRUPO (Debe completarlo el empleador)**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solicitante nuevo | <input type="checkbox"/> AGREGAR dependiente/cónyuge  | <input type="checkbox"/> Cambio de dirección                | <input type="checkbox"/> Cambio de nombre |
| <input type="checkbox"/> CANCELAR TODO     | <input type="checkbox"/> Cancelar dependiente/cónyuge | <input type="checkbox"/> COBRA: (fecha de entrada en vigor) | <input type="checkbox"/> Cambio de PCP    |

Nombre del grupo:	Número del grupo:	Número del suscriptor:
Requiere la firma del administrador del plan		Estado: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Sueldo
Fecha de contrato: (mm/dd/aaaa)	Fecha de cancelación de la cobertura: (mm/dd/aaaa)	Fecha de entrada en vigor de la cobertura: (mm/dd/aaaa) <i>(se debe cumplir con el nuevo periodo de contrato)</i>

**B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (DEBE COMPLETARLO EL EMPLEADOR, ESCRIBA SU NOMBRE LEGAL).**

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia:	Ciudad:	Estado:
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	
Teléfono principal:	Teléfono secundario:	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Momento indicado para llamar:	Momento indicado para llamar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Médico de atención primaria: (PRIMARY CARE PHYSICIAN, PCP)**

Si solicita el plan Optima Health Plan Health Maintenance Organization (HMO), seleccione un médico de atención primaria del directorio del proveedor del plan para cada miembro familiar en la lista. El plan Optima Health Preferred Provider Organization (PPO) no requiere selección de atención primaria.

Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------	-----------------	-------------------------------------	---

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en aceptar comunicaciones electrónicas que me notifiquen informaciones importantes del plan de salud, incluidos, pero sin limitarse a estos, la Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, SPD), Explicaciones Electrónicas de Beneficios, actualizaciones de plan y documentos de Resumen Uniforme de Beneficios. Al señalar esta casilla acepta las comunicaciones electrónicas.

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

**C. RECHAZO DE LA COBERTURA DE SALUD DEL EMPLEADO O DEL DEPENDIENTE**

Si está solicitando cobertura para usted y sus dependientes, obvie esta sección.

**Mi empleador me ha dado la oportunidad de solicitar una cobertura grupal de salud con el plan para mí y mis dependientes (si corresponde). He rechazado solicitar la cobertura como se indica a continuación.**

Seleccione la opción que corresponda

- Rechazo la cobertura para mí (y mis dependientes, de haberlos)       Rechazo la cobertura solo para mis hijos.  
 Rechazo la cobertura solo para mi cónyuge.       Rechazo la cobertura para mi cónyuge y mis hijos.

**MOTIVOS DEL RECHAZO (DEBE SELECCIONAR UNO)**

- Cubiertos con otra póliza de cobertura de salud o CHAMPUS/TRICARE. (De seleccionar esta casilla, se requiere información adicional).

Nombre de la compañía aseguradora:

Nombre del asegurado:

- Otro motivo: (Se requiere respuesta)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: (mm/dd/aaaa)

**D. CUENTAS DE AHORRO DE SALUD (SOLO planes Equity Vantage y Equity Plus)**

**Administración de Cuentas de Ahorro de Salud (Health Savings Account, HSA):** Si ha elegido el plan con altos deducibles **Equity/HSA**, usted puede abrir una Cuenta de Ahorro de Salud (HSA). HealthEquity es el proveedor preferido de Optima Health para la administración de las cuentas HSA. ¿Desea abrir una cuenta HSA?

- Sí**, por favor **ABRA** una cuenta de ahorros de salud para mí con HealthEquity. **Fecha de entrada en vigor:** (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_  
 **No, NO ABRA** una cuenta de ahorros de salud para mí con HealthEquity.

**E. DIRECCIÓN ALTERNATIVA Empleado:**  Sí  No **Cónyuge/Dependientes:**  Sí  No

Si el empleado, cónyuge o cualquier dependiente deben recibir correspondencia, información del plan o cualquier otra forma de comunicación a una dirección diferente a la registrada en la **Sección B Información del Empleado**, regístrela aquí.

Dirección alternativa:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------------------	---------	---------	----------------

**F. INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE Y DEPENDIENTES**

**AVISO: Médico de atención primaria: (PRIMARY CARE PHYSICIAN, PCP)**

Si solicita el Optima Health Plan Health Maintenance Organization (HMO), seleccione un médico de atención primaria del directorio de proveedores del plan para cada miembro de la familia indicado. El plan Optima Health Preferred Provider Organization (PPO) no requiere selección de atención primaria.

**CÓNYUGE**  Agregar  Cancelar **¿Utiliza una dirección alternativa para este miembro?**  Sí  No

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	
Teléfono principal:	Teléfono secundario:	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Momento indicado para llamar:	Momento indicado para llamar:	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (De conocerlo)
		¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

**F. INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE Y DEPENDIENTE** *(continuación)*

**HIJO 1**  Agregar  Cancelar **¿Utiliza una dirección alternativa para este miembro?**  Sí  No

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <i>(mm/dd/aaaa)</i>	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <i>(De conocerlo)</i>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**HIJO 2**  Agregar  Cancelar **¿Utiliza una dirección alternativa para este miembro?**  Sí  No

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <i>(mm/dd/aaaa)</i>	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <i>(De conocerlo)</i>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**HIJO 3**  Agregar  Cancelar **¿Utiliza una dirección alternativa para este miembro?**  Sí  No

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <i>(mm/dd/aaaa)</i>	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <i>(De conocerlo)</i>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**HIJO 4**  Agregar  Cancelar **¿Utiliza una dirección alternativa para este miembro?**  Sí  No

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <i>(mm/dd/aaaa)</i>	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <i>(De conocerlo)</i>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

• *Si usted tiene más de cuatro (4) dependientes, vuelva a imprimir esta página y continúe completando la información requerida para todos los dependientes elegibles.*

**G. INFORMACIÓN DE LA COBERTURA ACTUAL** *(Necesaria antes de completar la inscripción).*

¿Continuará el plan indicado a continuación en vigor además de la cobertura que está solicitando actualmente?

**NO**, el plan que solicito reemplazará mi cobertura actual que se indica a continuación.

**SÍ**, mantendré la cobertura actual que indico a continuación además de la cobertura que estoy solicitando.

Actualmente no tengo ninguna cobertura de atención médica.

Persona asegurada <i>(nombre)</i> :	N.º de identificación <i>(póliza)</i>
Fecha de entrada en vigor: <i>(mm/dd/aaaa)</i>	Nombre del empleador, organización o persona que proporcione la cobertura:
Nombre de la compañía aseguradora:	Indique las personas que solicitan la cobertura y que también estarán cubiertas por este seguro.



Número del grupo	Nombre del grupo	
Fecha de entrada en vigor (mm/dd/aaaa)	Membresía del suscriptor: Número	Nombre del suscriptor

## SECCIÓN 1: PREGUNTAS DE SALUD/INFORMACIÓN MÉDICA

(EL EMPLEADO DEBE COMPLETARLA PARA EL EMPLEADO Y TODOS LOS DEPENDIENTES INDICADOS EN SU SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN)

Es posible que reciba una llamada telefónica de Optima Health para obtener información adicional. Proporcione la información médica detallada en este formulario para minimizar la necesidad de una entrevista telefónica. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales. Se requiere información sobre el consumo de tabaco, la altura y el peso para los miembros/solicitantes mayores de 21 años.

MIEMBRO	NOMBRE	¿FUMA?	FDN	GÉNERO	ALTURA	PESO
Empleado		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	pies in	lb
Cónyuge		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	pies in	lb
Hijo 1		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	pies in	lb
Hijo 2		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	pies in	lb
Hijo 3		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	pies in	lb
Hijo 4		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	pies in	lb

1. ¿Se ha aconsejado a usted, a su cónyuge o a sus hijos dependientes (ya sean indicados en esta solicitud o no) que se realicen más pruebas, consultas o tratamientos, operaciones o cirugías que aún no se hayan realizado?  Sí  No

a. Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las opciones de tratamiento?

2. ¿Está usted, su cónyuge o hijos dependientes (ya sea indicados en esta solicitud o no) actualmente embarazada o en proceso de adopción?  Sí  No

a. Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha de adopción o fecha de parto prevista: \_\_\_\_\_ Fecha

## SECCIÓN 2: CERTIFICACIÓN DEL SUPLEMENTO DEL PERFIL MÉDICO

Si ya es miembro de Optima Health, lea y complete esta sección y luego deténgase. La firma es OBLIGATORIA para la evaluación de suscripción. Si no está inscrito actualmente en Optima Health, omita esta sección y pase a la página siguiente.

Con mi firma a continuación, entiendo que no se me denegará la cobertura individualmente ni se me cobrarán tarifas diferentes de manera individual como resultado de mis respuestas. Sin embargo, si a sabiendas proporciono información falsa en este Cuestionario, entiendo y acepto que puede afectar el pago de los reclamos o resultar en la terminación de mi cobertura o la cobertura de mi(s) dependiente(s).

Nombre del empleador (en imprenta)	Nombre de la compañía:	
Firma del empleado con bolígrafo	Fecha:	Teléfono diurno:

Número del grupo	Nombre del grupo	
Fecha de entrada en vigor (mm/dd/aaaa)	Membresía del suscriptor: Número	Nombre del suscriptor

**Sección 1: PREGUNTAS DE SALUD/INFORMACIÓN MÉDICA**  
(EL EMPLEADO DEBE COMPLETARLA PARA EL EMPLEADO Y TODOS LOS DEPENDIENTES INDICADOS EN SU SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN)

Es posible que reciba una llamada telefónica desde la oficina central para obtener información adicional. Proporcione la información médica detallada en este formulario para minimizar la necesidad de una entrevista telefónica. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales.

**Proporcione** detalles de cualquier trastorno en el que ha marcado “sí” en las Preguntas de salud/Información médica a continuación en **la sección Detalles del historial médico**. **Proporcione información médica detallada en este formulario para minimizar la necesidad de una entrevista telefónica. Si necesita más espacio, adjunte documentación adicional a esta solicitud.**

1. ¿Se le informó, indicó o aconsejó a usted o a cualquier persona que solicita la cobertura que busque tratamiento, tenga visitas de seguimiento o reciba medicamentos para las siguientes enfermedades o trastornos de un practicante médico o social, en los últimos cinco años? Marque la casilla correspondiente junto a cada trastorno o enfermedad y proporcione detalles en la sección **Detalles del historial médico** para cualquier trastorno marcado “sí”. Debe incluir toda la información sobre el historial médico de todas las personas indicadas en esta solicitud de cobertura. Cualquier información que se omita en esta solicitud podría causar la denegación de un servicio cubierto y/o podría cancelar su cobertura.

a. <b>Enfermedad autoinmune o trastorno del tejido conectivo</b> como, entre otros, lupus, VIH positivo, SIDA o ARC.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. <b>Artritis</b> como la espondilitis reumatoidea, psoriásica o anquilosante, entre otras.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. <b>Trastorno de espalda</b> como enfermedad del disco, fractura, ciática o curvatura espinal, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. <b>Trastorno sanguíneo</b> como anemia, leucemia o hemofilia, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. <b>Cáncer o tumor maligno</b> como la enfermedad de Hodgkin, linfoma o melanoma, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f. <b>Trastorno congénito o defecto congénito</b> como el síndrome de Down o defecto cardíaco, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g. <b>Trastorno digestivo</b> como úlceras, diverticulitis, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
h. <b>Trastorno de ojos, oídos, nariz o garganta</b> como estenosis o várices esofágicas o trastorno de la tiroides, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
i. <b>Trastornos femeninos/masculinos</b> como endometriosis, mamografía anormal, citología vaginal, PSA anormal o agrandamiento de la próstata, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
j. <b>Trastorno genitourinario</b> como prostatitis, pólipos vesicales o estenosis uretral, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
k. <b>Trastorno cardíaco o circulatorio</b> como ataque cardíaco, baipás, accidente cerebrovascular o enfermedad arterial periférica, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
l. <b>Trastorno del riñón</b> como piedras, nefritis crónica, enfermedad renal poliquística o insuficiencia renal, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
m. <b>Trastorno hepático</b> como hepatitis, cirrosis o hígado graso, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
n. <b>Trastorno muscular o de las articulaciones</b> como distrofia muscular, miastenia grave o reemplazo articular, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
o. <b>Trastornos neurológicos</b> como epilepsia, esclerosis múltiple, parálisis o migrañas, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

## Sección 1: PREGUNTAS DE SALUD/INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

- p. **Trastorno pancreático** como pancreatitis o insuficiencia pancreática, entre otros.  Sí  No
- q. **Trastorno pituitario o adrenal** como la acromegalia, la enfermedad de Cushing o la enfermedad de Addison, entre otros.  Sí  No
- r. **Trastornos respiratorios** como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tuberculosis o fibrosis quística, entre otros.  Sí  No

2. ¿Usted o algún dependiente que solicita cobertura tuvo o tiene alguno de los siguientes?

- a. **¿Diabetes mellitus?**  Sí  No

Si es "sí",  
¿quién tiene diabetes? \_\_\_\_\_ Tipo:  Tipo 1 (joven)  Tipo 2 (adulto joven)

Si es "sí",  
seleccione el tratamiento:  dieta controlada  medicamentos orales  insulina ¿Fecha de diagnóstico? \_\_\_\_\_ *Fecha*

- b. ¿Recibió tratamiento para **el abuso de alcohol o drogas** en los últimos 5 años?  Sí  No

Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_  Drogas ilegales  Medicamentos con eceta  Alcohol

¿Estuvo la persona internado en un centro de rehabilitación?  Sí  No

Si es así, indique la(s) fecha(s): Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

- c. **¿Trastornos nerviosos, conductuales o mentales** tales como, entre otros, ansiedad, depresión o trastorno bipolar?

Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Cuál es el diagnóstico?

Si es "sí", seleccione el tratamiento:  paciente internado con receta  medicamentos  orientación

¿Todavía está en tratamiento?  Sí  No Si no es así, ¿cuándo terminó el tratamiento? \_\_\_\_\_ *Fecha*

- d. ¿Se le recomendó realizarse **pruebas de diagnóstico, cirugía u hospitalización** en los próximos 12 meses?  Sí  No

Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_

- e. ¿Recibió **beneficios por discapacidad, indemnización o pensión** por enfermedad o lesión?  Sí  No

Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Cuál es la naturaleza de la discapacidad? \_\_\_\_\_

¿Todavía está discapacitado?  Sí  No Si no es así, ¿cuándo fue la fecha de recuperación? \_\_\_\_\_ *Fecha*

- f. ¿Ha consultado a un médico, psicoterapeuta, consejero u otro proveedor para recibir tratamiento o consejo médico o quirúrgico por cualquier trastorno que no se mencione anteriormente?  Sí  No

Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_ Proporcione detalles: \_\_\_\_\_

- g. ¿Tuvo más de \$5,000 en servicios médicos en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_ Proporcione detalles: \_\_\_\_\_

**Sección 2: DETALLES DEL HISTORIAL MÉDICO**

1. Indique todos los medicamentos recetados usados en los últimos 12 meses. Si necesita más espacio, adjunte documentación adicional a esta solicitud.

Nombre de la persona	Nombre y motivo del medicamento	Dosis y frecuencia de uso	Comenzó a usarlo	Dejó de usarlo

2. Detalles del historial médico para todas las respuestas “sí” en la Sección 1: Preguntas de salud/Información médica. Si necesita más espacio, adjunte documentación adicional a esta solicitud.

Nombre de la persona	Diagnóstico/Trastorno/ Tratamiento	Fecha de diagnóstico	Estado actual	¿Se recuperó completamente?
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO



## SECCIÓN 3: CERTIFICACIÓN DEL SUPLEMENTO DEL PERFIL MÉDICO

**Lea y proporcione la firma y la fecha. La firma es OBLIGATORIA para la evaluación de suscripción.**

El solicitante abajo firmante certifica que ha leído o le han leído la solicitud completa y reconoce que cualquier acto o práctica que constituya fraude o una tergiversación intencional de los hechos en esta solicitud puede resultar en la pérdida o rescisión de la cobertura. Reconozco que todos los reclamos relacionados con tales actos fraudulentos, práctica o tergiversaciones intencionales de hechos serán ni responsabilidad si se incurren después de la terminación o como resultado de la rescisión.

Entiendo y acepto que Optima Health confiará en la información y las respuestas anteriores como base para establecer tarifas de primas grupales para la cobertura de atención médica.

Autorizo a cualquier médico, médico practicante, hospital, clínica, otro centro médico o médicamente relacionado, compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga algún conocimiento de mi salud o la salud de mi cónyuge o dependientes, según se menciona en esta solicitud, a que divulguen dicha información en la medida permitida por la ley a Optima Health, con el fin de compilar una evaluación precisa de esta solicitud y establecer tarifas de primas grupales para el grupo. Esta autorización no permite el uso o divulgación de notas de psicoterapia. La autorización para divulgar información para el pago de reclamos es válida por el término de la cobertura y en relación con la solicitud de cobertura, o en el caso de una solicitud de cambio de beneficios, esta autorización será válida por treinta (30) meses a partir de la fecha que se muestra más adelante.

Entiendo que Optima Health puede contactarme para obtener información de seguimiento adicional sobre las condiciones de salud que se divulgan en la Sección J de esta solicitud para mí, mi cónyuge o mis dependientes cubiertos.

Entiendo que mi representante autorizado o yo podemos recibir una copia de esta autorización a pedido. Acepto que una copia fotográfica de esta Autorización será tan válida como la original.

Certifico que trabajo en el domicilio comercial de mi empleador a tiempo completo al menos veinticinco (25) horas a la semana. Autorizo a mi empleador a realizar las deducciones necesarias de mis ganancias para proporcionar mi contribución para esta cobertura y entiendo que mi empleador ejerce este servicio para mi beneficio y no como un agente de Optima Health. Entiendo que la cobertura no estará vigente hasta la fecha de entrada en vigor que se muestre en cada tarjeta de identificación del miembro expedida para mí. Entiendo que la solicitud de mi empleador determinará la vigencia de la cobertura y que la cobertura no entrará en vigor si mi empleador no ha realizado dicha solicitud.

Solicito cobertura de salud para las personas mencionadas y estoy de acuerdo en que debemos cumplir las disposiciones de la cobertura indicadas en el documento de la cobertura en la que estaremos inscritos. Entiendo que si elijo Optima Health HMO, estoy obligado a seleccionar un médico de atención primaria que participe en el plan para mí y para mis dependientes cubiertos. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Optima Health cualquier cambio en la elegibilidad de mis dependientes. Si se solicita, se proporcionará documentación. También entiendo que estoy obligado a pagar el copago o coaseguro correspondiente al momento en que se presten los servicios.

Nombre del empleador ( <i>en imprenta</i> )	Nombre de la compañía:	
<b>Firma del empleado con bolígrafo</b>	<b>Fecha:</b> ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	Teléfono diurno:

## Optima Health Alternative Language Options for Notices and other Written Information

### English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-687-6260.

### Amharic:

ማሳሰቢያ:

አማርኛ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ፣ ከክፍያ ነጻ የሆነ የቋንቋ እገዛ አገልግሎት ይቀርብልዎታል። በዚህ ስልክ ይደውሉ 1-855-687-6260።

### Arabic:

تنبيه:

إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإنه تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك مجاناً. اتصل بالرقم 1-855-687-6260.

### Bengali/Bangla:

লক্ষ্য করবেন: যদি আপনি বাংলা ভাষায় কথা বলেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়ক পরিষেবাও পাবেন। ফোন করুন- 1-855-687-6260।

### Chinese (Mandarin):

注意: 如果您讲中文普通话, 可以免费获得语言协助服务。请拨打电话 1-855-687-6260。

### French:

ATTENTION : Si vous parlez français, les services d'assistance linguistique sont à votre disposition sans aucun frais. Appelez le 1-855-687-6260.

### German:

ACHTUNG: Wenn Sie deutsch sprechen, stehen Ihnen Sprachhilfsdienste kostenlos unter der Rufnummer 1-855-687-6260 zur Verfügung.

### Gujarati:

ધ્યાન આપો : જો તમે ગુજરાતી બોલી છે તો ભાષા સહાયક સેવાઓ તમારા માટે વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-687-6260 પર કોલ કરો.

### Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-687-6260 पर कॉल करें।

### Hmong:

CIM CIA: Yog tias koj hais lus Hmoob, kev pab cuam txais lus tau muaj rau koj ua tsis them nqi. Hu rau 1-855-687-6260.

### Igbo:

GEE NT Ị: ọbụrụ na ị na-asụ Igbo, ị ga-enweta enyemaka n'efu site n'aka ndị ga-enyere gi aka inweta ya. Kpọọ 1-855-687-6260

### Japanese:

重要: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスがご利用いただけます。1-855-687-6260までお電話ください。

### Korean:

주의: 한국어를 사용하실 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-687-6260번으로 전화해 주십시오.

**Kru/Bassa:**

YI LE: I bale u mpot Bassa, bot ba kobol mahop ngui nsaa wogui wo ba ye ha l nyuu hola we. Sebel: 1-855- 687-6260.

**Laotian:**

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-855-687-6260.

**Mon-Khmer, Cambodian:**

កំណត់សំគាល់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាកម្មផ្នែកជំនួយការភាសា មានសម្រាប់អ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។ ចូរហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ 1-855-687-6260។

**Navajo:**

SHOOH: Diné Bizaad bee yáníłti'go doo báááh ílínígóó t'áá nizaad k'ehjí níká a'doowołgo bee haz'á. Kojí' hólne' 1-855-687-6260.

**Persian/Farsi:**

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات رایگان پشتیبانی زبان در دسترس شماست. با شماره 1-855-687-6260 تماس بگیرید.

**Portuguese:**

ATENÇÃO: Se você fala português, há serviços de assistência em idiomas disponíveis para você gratuitamente. Ligue para 1-855-687-6260.

**Russian:**

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском языке, позвоните по телефону 1-855-687-6260, и наша служба языковой поддержки окажет вам бесплатную помощь.

**Spanish:**

ATENCIÓN: Si habla español, existen servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-687-6260.

**Tagalog:**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may maaari kang kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-855-687-6260.

**Turkish:**

DİKKAT: Eğer Türk konuşuyorsanız, dil asistanı servislerini ücretsiz olarak kullanabilirsiniz. 1-855-687-6260 numaralı telefonu arayın.

**Urdu:**

توجه دیں: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں تو، زبان کی معاونتی خدمات، بغیر کسی خرچ کے، آپ کے لئے دستیاب ہیں۔ 1-855-687-6260 کال کریں۔

**Vietnamese:**

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-687-6260.

**Yoruba:**

KÉÉRE:

Ti o bá ń sọ èdè Yorùbá, isẹ̀ ìrànlọ́wọ́ èdè wà fún ọ lófẹ̀ẹ́. Pe 1-855-687-6260