

Sello/Ponche

# SOLICITUD PARA EMPLEADO Y PENSIONADO GUBERNAMENTAL 2022



No escriba en áreas sombreadas gris

 INGRESO NUEVO

 RENOVACIÓN

 ELA PURO

<b>SEGURO SOCIAL</b>				<b>Edad</b>	<b>F. de Nac. (M/D/A)</b>	<b>Estado Civil</b>
		-			/ /	

## NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL

Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial						<b>Sexo</b>
--	--	--	--	--	--	-------------

<b>Dirección Residencial:</b>				<b>Tel. Casa</b>
				<b>Celular</b>

<b>Dirección Postal:</b>				<b>Correo Electrónico</b>

## PATRONO Y PENSIONADO

<b>Agencia o Municipio</b>	<b>División</b>	<b>Clasificación Empleado</b>	<input type="checkbox"/> Retiro Central
		<input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Retiro Maestro
		<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Transitorio	<input type="checkbox"/> Sin derecho Aport Patronal

 Está usted en TRAMITE de:  Retiro  Licencia sin Sueldo, fecha de que comenzó la misma: \_\_\_\_\_

## PENSIONADOS COMPLEMENTARIA MEDICARE (es requisito incluir copia de la tarjeta)

<b>BÁSICA:</b>	<b>COMPLEMENTARIA:</b>	<input type="checkbox"/> Medicare Advantage	<input type="checkbox"/> Familiar (uno con Medicare A y/o B)
<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Complementaria	<input type="checkbox"/> Matrimonio (ambos con Medicare A y/o B)	<input type="checkbox"/> Familiar (dos con Medicare A y/o B)
<input type="checkbox"/> Pareja	Fecha Parte A ____/____/____	<input type="checkbox"/> Pareja (uno con Medicare A y/o B)	
<input type="checkbox"/> Familiar	Fecha Parte B ____/____/____		

 ¿Tiene usted otro seguro médico?  No  Sí Indique cuál: \_\_\_\_\_

**PLAN MANCOMUNADO:** Proveer formulario SC-1335 del Cónyuge para poder procesar.

Nombre del Cónyuge	Seg. Soc. del Cónyuge	Agencia / Municipio del Cónyuge
--------------------	-----------------------	---------------------------------

### ALTERNATIVA

<input type="checkbox"/> Básica Universal	<input type="checkbox"/> Básica Equilibrio	<input type="checkbox"/> Complementaria
<input type="checkbox"/> ELA PURO		
Favor escoger su Médico Primario: _____		
Número de Grupo Médico seleccionado: _____		

### CUBIERTAS OPCIONALES

<input type="checkbox"/> Solo para retirados con Complementaria	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Seguro de Cáncer
<input type="checkbox"/> Farmacia Individual	(solo para empleados activos)

## DEPENDIENTES DIRECTOS (Refiérase a la Guía del Suscriptor para la definición de dependientes directos.)

Parentesco	Añadir	Elimin.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Edad y Fecha de Nac. (M/D/A)	Sexo	Indique si tiene otro plan, estudiante Universitario o Incapacitado. Incluya evidencia.
Cónyuge				años		
			Médico Primario	/ /	Seg. Social	
			Fecha Parte A ____/____/____ Fecha Parte B ____/____/____			
				años		
			Médico Primario	/ /	Seg. Social	
				años		
			Médico Primario	/ /	Seg. Social	

## DEPENDIENTES OPCIONALES (Someter evidencia que cumpla con requisito de elegibilidad)

Parentesco	Añadir	Elimin.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Edad y F. de Nac. (M/D/A)	Sexo	CUBIERTA (Será igual a la del Suscriptor Principal, excepto Medicare y cubierta de Farmacia Individual)
						<input type="checkbox"/> Complementaria
			Seguro Social	HIC Number	/ /	Fecha Parte A ____/____/____ Fecha Parte B ____/____/____
			Fecha Parte A ____/____/____ Fecha Parte B ____/____/____			<b>Cubiertas Opcionales:</b>
			Médico Primario			<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia Individual
						<input type="checkbox"/> Complementaria
			Seguro Social	HIC Number	/ /	Fecha Parte A ____/____/____ Fecha Parte B ____/____/____
			Fecha Parte A ____/____/____ Fecha Parte B ____/____/____			<b>Cubiertas Opcionales:</b>
			Médico Primario			<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia Individual

**PARTE A y/o B DE MEDICARE:** Si usted, y/o alguno de sus dependientes tiene medicare favor acompañar evidencia  Si  No

## SEGURO DE VIDA: BENEFICIARIOS (total de porcentos tiene que sumar 100)

Añadir	Elimin.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Sexo	F. de Nac. (M/D/A)	Parentesco	Porcentaje

## CÓMPUTO DE PRIMA

Suscriptor : Cubierta Básica / Complementaria \$ \_\_\_\_\_ + Farmacia \_\_\_\_\_ + Dental \_\_\_\_\_ + Vida \_\_\_\_\_ + Cáncer \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

Dep. Opc. : Cubierta Básica / Complementaria \$ \_\_\_\_\_ + Farmacia \_\_\_\_\_ + Dental \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

Costo Total \$ \_\_\_\_\_ - Aportación Patronal \$ \_\_\_\_\_ - Aportación Mancomunado \$ \_\_\_\_\_ = Aportación Empleado \$ \_\_\_\_\_

Nombre Orientador (letra de molde) y firma: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Certifico estar de acuerdo con las instrucciones al dorso de esta solicitud.

Nota: Si el suscriptor firma con una X, deberá estar presente un Testigo

 \_\_\_\_\_  
Firma del Suscriptor

 \_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del Testigo y/o Representante Legal X \_\_\_\_\_

Núm. Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo y/o Representante Legal X \_\_\_\_\_

Relación con el Suscriptor: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

1. Lea el folleto que aplica a la póliza. Todas las secciones sombreadas en gris son para el uso exclusivo del Plan.
2. Escriba en computadora o en bolígrafo en letra de molde (no use lápiz). Complete todos los encasillados que le apliquen. No haga tachaduras ni borrones. Conserve copia con fecha de entrega.
3. **SOLICITUD DE INGRESO:**
  - Marque con una X si es ingreso nuevo o una renovación.
4. **NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** El asegurado principal debe escribir su nombre y número de seguro social tal y como aparece en su cheque de nómina o en su cheque de Retiro. Escriba toda la información personal solicitada.
5. **PATRONO Y PENSIONADO:** Escriba la información sobre la agencia o municipio donde usted trabaja, fecha de empleo e indique con X los encasillados que apliquen:
  - Transitorios con contratos de menos de seis meses no tienen derecho a la Aportación Patronal, pero sí a suscribirse en el plan.
  - Empleados en Licencia sin Sueldo deberán notificar la fecha en que comenzaron dicha licencia. Si es pensionado, escriba la fecha en que comenzó el Retiro.
6. **PENSIONADOS COMPLEMENTARIA MEDICARE:** Marque con una X el tipo de plan. Favor de incluir la forma SC-1335 si su plan es **MANCOMUNADO** y complete la información solicitada sobre su cónyuge. Si es pensionado, marcar el plan e indicar composición (si es pareja o familiar).
  - Todo pensionado con las partes A y B de Medicare tiene que incluir copia de la tarjeta de Medicare.
  - Para seleccionar la complementaria de Medicare (y/o Farmacia Individual acreditable a Medicare, individual, matrimonio, pareja o familiar), es necesario que sea pensionado y esté acogido a las partes A y B para la complementaria. Esta opción sólo estará disponible para pensionados con sus dependientes directos; y dependientes opcionales mayores de 65 años que estén acogidos a las partes A y B de Medicare. No cualifican los empleados activos, sus cónyuges y dependientes directos. También serán elegibles aquellos dependientes opcionales de Pensionados, siempre y cuando no estén acogidos a Medicare por razones de incapacidad o condición crónica renal.
  - Favor de incluir la forma SC-1335 si su plan es MANCOMUNADO y complete la información solicitada sobre su cónyuge.
7. **ALTERNATIVA:** Seleccione con una X la cubierta deseada:  
**Empleados:**
  - Cubierta Regular – Debe escoger entre las de Libre Selección (Universal o Equilibrio) las cuales incluyen la cubierta de Farmacia y Dental.
  - Cubiertas Opcionales – Puede escoger las opciones que desee bajo su plan para usted y sus dependientes en el contrato.**Pensionados:**
  - Cubierta Opcional de Farmacia – Si no se afilió a un plan Medicare Advantage, puede escoger la cubierta de farmacia suplementaria.
  - Si sus dependientes directos tienen cubierta regular debe escoger entre las de Libre Selección (Universal o Equilibrio) las cuales incluyen la cubierta de Farmacia y Dental.
  - Cubiertas Opcionales sólo para dependientes con cubierta regular – Puede escoger las opciones que desee para sus dependientes en el contrato.
8. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Incluya la información de sus dependientes directos.
  - Las primeras dos líneas están reservadas para la información de su cónyuge.
  - Si no tiene cónyuge y tiene otros dependientes directos (ej. hijos) escriba la información a partir de la línea de cónyuge. Los hijos solteros hasta los 26 años cualifican como dependientes directos en el contrato familiar.
9. **DEPENDIENTES OPCIONALES:** Incluya la información de sus dependientes opcionales en el mismo formato de los dependientes directos.
  - La cubierta del dependiente opcional será igual a la del Suscriptor Principal, excepto en Medicare.
  - Serán elegibles para afiliarse a un plan Medicare Advantage aquellos dependientes opcionales de empleados activos, siempre y cuando no estén acogidos a Medicare por razones de incapacidad o condición crónica renal.
  - Si incluye a un dependiente opcional con las partes A y B de Medicare, tiene que incluir copia de la tarjeta de Medicare.
  - Es importante que a los dependientes opcionales que se acojan a la cubierta de Medicare incluyan la dirección postal de cada dependiente.
10. **SEGURO DE VIDA:** Complete la información sobre la designación de beneficiarios para la cubierta de Seguro de Vida. Sólo el servidor público tiene derecho a esta cubierta. De necesitar más espacio para los beneficiarios deberá indicar en la solicitud que incluirá los beneficiarios en un anejo, debidamente firmado.
11. **CÓMPUTO DE PRIMA:** Favor de verificar que en el cómputo de prima se hayan incluido todas las cubiertas solicitadas y dependientes opcionales. Verificar que esté correcto antes de firmar la solicitud.
12. Verificar que esté firmada por el orientador o vendedor.
13. Firme la solicitud y escriba la fecha en que entregó la solicitud.
14. Asegúrese que la información suministrada esté correcta y completa. La falta de información solicitada puede ocasionar que la solicitud no sea procesada hasta que provea la información requerida.

## LEY ANTIFRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayude o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares, o pena de reclusión por un término de tres (3) años o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa que no será menor de (\$1,000) mil dólares ni mayor de (\$5,000) cinco mil dólares. La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para el asegurado o tercero reclamante no cumpla con las disposiciones de este Capítulo. (Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 2732, según enmendado el 8 de enero de 2004).

## CONSOLIDATED APPROPRIATIONS ACT, 2021

En cumplimiento con el Consolidated Appropriations Act, 2021, los representantes autorizados de ventas pueden recibir una compensación monetaria en base a su afiliación, entre otras. Esto no cambia la prima (costo) ni beneficios del plan seleccionado.

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

Por la presente solicito del Plan cubierta de beneficios para mí y mis dependientes, si alguno. Entiendo que esta solicitud está sujeta a la aceptación del Plan y que los servicios provistos están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones conforme a las descritas en el Contrato Uniforme. Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo al Plan a verificar la misma. Autorizo al Plan a ofrecer información sobre la elegibilidad y Cubiertas al Área de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda. Autorizo al Plan a obtener de proveedores de servicio la información médica relacionada conmigo y mis dependientes que sea necesaria para la administración del plan. Autorizo a mi patrono a deducir de mi sueldo y enviar al Plan la cantidad necesaria para el pago de mi plan médico. Aprobado por la Administración de Seguros de ASES