First MEDICAL HEALTH PLAN, INC.

IMC RED DE PROVEEDORES INTERNATIONAL MEDICAL CARD

2020

Tels. 1.888.801.0801 • 1.866.909.9889
Fax. 787-625-8823 Línea de ventas y orientación

| (ESTE ESPACIO ES PARA USO DE LA OFICINA) | | |
|---|---|---|
| C.V. | | #VD |

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / CAMBIO - PRODUCTOS INDIVIDUALES

Nombre del producto seleccionado: _____

Nombre del Rep. Autorizado o Productor:: BPM & Asocs. Código del Rep: JCR

Valor Actuarial de la Cubierta: ☐ Gold Plus ☐ Gold ☐ Silver

Fecha de efectividad solicitada: _____

Plan Médico Anterior: _____

El Contrato es: ☐ Venta Nueva ☐ Inclusión ☐ Otro ☐ Renovación

## INFORMACIÓN SUSCRIPTOR PRINCIPAL

| Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Número de Seguro Social (Requerido) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Dirección Postal | Zip | Dirección Física | Zip |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Teléfono Empleo | Ext. | Teléfono Residencia | Teléfono Celular | Fecha de Nacimiento | Edad |
|---|---|---|---|---|---|
| - - | ( ) | - - | - - | MES DIA AÑO | |

| Nombre del Trabajo | Ocupación | Estado Civil | Casado | Soltero | Otro | Sexo | M | F |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ |

| Dirección del lugar donde trabaja | Correo Electrónico: |
|---|---|
| | |

| ¿Tiene Plan Médico? COB | Si Tiene, ¿Cuál?: | ¿Qué tipo de Cubierta? | Cubierta Opcional | Fecha de Efectividad |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Sí ☐ No | | ☐ Individual ☐ Pareja ☐ Familiar | ☐ Dental D11 | |

## ACUERDO DE DESCUENTO AUTOMÁTICO PARA PAGO DE PRIMA

Nombre de la Institución Bancaria:

| Tipo de Cuenta | Número de ruta y tránsito | Número de cuenta |
|---|---|---|
| ☐ Ahorro ☐ Cheque | | |

Por este medio autorizo a First Medical Health Plan, Inc. a ordenar cargos mensuales o trimestrales, según el producto seleccionado a mi cuenta bancaria para el pago de la prima del contrato en referencia El descuento automático se realizará el día ☐ 7 ó ☐ 15 del mes.
Para la mejor identificación de su cuenta, favor remitir un cheque nulo (o copia del mismo) de la cuenta a ser debitada. En caso de cuenta de ahorro, remita copia de identificación que aparece en el Estado de Cuenta Mensual. Todo descuento autómatico devuelto conllevará un cargo de $10.00 por manejo y procesamiento del mismo.

Firma del suscriptor principal _____ Firma del poseedor de la cuenta _____

## DEPENDIENTES DIRECTOS (CÓNYUGE O COHABITANTE E HIJOS):

| Suf | Parentesco | Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial | Fecha de Nac. | Sexo | Code | Indique si tiene otro plan |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| ¿Está su dependiente empleado? | Patrono del Dependiente | Edad del Dependiente | ¿Está su dependiente cubierto por Medicare? |
|---|---|---|---|
| ☐ Sí ☐ No | | | ☐ Sí ☐ No |

| ¿Participa su dependiente del plan médico que ofrece su patrono? | Número de Contrato del Plan Patronal | Número de Seguro Social (Requerido) | Núm. Reclamación de Medicare (HICN) |
|---|---|---|---|
| ☐ Sí ☐ No<br>Plan de Salud del patrono del dependiente: _____ | | - - | |

| ¿Tipo de Cubierta del Plan Patronal? | Fecha de Efectividad | Tipo de Beneficio del Plan Patronal |
|---|---|---|
| ☐ Individual ☐ Pareja ☐ Familiar | | ☐ Médico ☐ Dental ☐ Farmacia |

| Suf | Parentesco | Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial | Fecha de Nac. | Sexo | Code | Indique si tiene otro plan |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| ¿Está su dependiente empleado? | Patrono del Dependiente | Edad del Dependiente | ¿Está su dependiente cubierto por Medicare? |
|---|---|---|---|
| ☐ Sí ☐ No | | | ☐ Sí ☐ No |

| ¿Participa su dependiente del plan médico que ofrece su patrono? | Número de Contrato del Plan Patronal | Número de Seguro Social (Requerido) | Núm. Reclamación de Medicare (HICN) |
|---|---|---|---|
| ☐ Sí ☐ No<br>Plan de Salud del patrono del dependiente: _____ | | - - | |

| ¿Tipo de Cubierta del Plan Patronal? | Fecha de Efectividad | Tipo de Beneficio del Plan Patronal |
|---|---|---|
| ☐ Individual ☐ Pareja ☐ Familiar | | ☐ Médico ☐ Dental ☐ Farmacia |

| Suf | Parentesco | Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial | Fecha de Nac. | Sexo | Code | Indique si tiene otro plan |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| ¿Está su dependiente empleado? | Patrono del Dependiente | Edad del Dependiente | ¿Está su dependiente cubierto por Medicare? |
|---|---|---|---|
| ☐ Sí ☐ No | | | ☐ Sí ☐ No |

| ¿Participa su dependiente del plan médico que ofrece su patrono? | Número de Contrato del Plan Patronal | Número de Seguro Social (Requerido) | Núm. Reclamación de Medicare (HICN) |
|---|---|---|---|
| ☐ Sí ☐ No<br>Plan de Salud del patrono del dependiente: _____ | | - - | |

| ¿Tipo de Cubierta del Plan Patronal? | Fecha de Efectividad | Tipo de Beneficio del Plan Patronal |
|---|---|---|
| ☐ Individual ☐ Pareja ☐ Familiar | | ☐ Médico ☐ Dental ☐ Farmacia |

| Suf | Parentesco | Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial | Fecha de Nac. | Sexo | Code | Indique si tiene otro plan |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| ¿Está su dependiente empleado? | Patrono del Dependiente | Edad del Dependiente | ¿Está su dependiente cubierto por Medicare? |
|---|---|---|---|
| ☐ Sí ☐ No | | | ☐ Sí ☐ No |

| ¿Participa su dependiente del plan médico que ofrece su patrono? | Número de Contrato del Plan Patronal | Número de Seguro Social (Requerido) | Núm. Reclamación de Medicare (HICN) |
|---|---|---|---|
| ☐ Sí ☐ No<br>Plan de Salud del patrono del dependiente: _____ | | - - | |

| ¿Tipo de Cubierta del Plan Patronal? | Fecha de Efectividad | Tipo de Beneficio del Plan Patronal |
|---|---|---|
| ☐ Individual ☐ Pareja ☐ Familiar | | ☐ Médico ☐ Dental ☐ Farmacia |

## TÉRMINOS DE CUBIERTA

Reconozco y certifico que he completado todas las respuestas en este formulario relacionadas a mi persona y a mis dependientes elegibles con la verdad y certeza basado en mi mejor conocimiento y que no se ha omitido ni retenido información. Entiendo y estoy de acuerdo que mi representante autorizado de seguros no tiene autoridad para omitir mi respuesta completa a cualquier pregunta, promesa de elegibilidad, alterar cualquier contrato u omitir cualquier regulación para un plan de salud individual de Puerto Rico. Además estoy de acuerdo que el seguro no será efectivo hasta el día en que en que la cubierta es aceptada por First Medical Health Plan, Inc. y que una notificación escrita me sea dada. En caso de recibir una solicitud incompleta, la información será válida por un máximo de 60 días desde la fecha de la firma de la solicitud.

Al completar esta solicitud de afiliación, estoy de acuerdo con lo siguiente: Al afiliarme a este plan de salud, debo de cumplir con el pago de las primas correspondientes dentro de los términos acordados y exigidos por el plan de salud. Además, entiendo que si no realizo los pagos de primas correspondientes, tendré un periodo de gracia de 30 días, durante el cual tengo la obligación de cubrir toda y/o cualquier prima en atraso incluyendo dicho mes. De no cubrir cualquier pago de prima pendiente dentro de este término, seré desafiliado del plan a la fecha de vencimento del periodo de gracia y reconozco que First Medical Health Plan, Inc. no será responsable por el pago de reclamaciones incurridas de servicios médico-hospitalarios y de farmacia luego de la fecha de cancelación y será parte de mi responsabilidad corro suscriptor.

La utilización de mi tarjeta por personas ajenas a mi círculo familiar aquí identificados, equivale a una cancelación inmediata y cargos criminales. Certifico que he leído este documento y que la información provista en el mismo es a mi entender fiel y exacta.

## AVISO ANTIFRAUDE

Cualquier persona que, a sabiendas y que con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de pérdida u otro beneficio, o presentaré más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco rnl dólares ($5,000.00), ni mayor de diez mil dólares ($10,000.00) o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años; 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 adninistrativa que no será menor de ($1,000.00) mil dólares ni mayor de ($5,000.00) cinco mil dólares. Una vez usted como beneficia-rio esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, su plan no puede ser revocado o enmendado, a menos que no realice el pago de la prima y cumpla con los periodos de gracia que concede el Código de Seguros; que haya realizado un acto constitutivo de fraude; o haya realizado, intencionalmente una falsa representación que esté prohibida por el plan, o cualquier otro acto que represente un delito, sobre un asunto importante y material para la aceptación del riesgo, o para el riesgo asumido por el asegurador. La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para el asegurado o tercero reclamante que no cumpla con las disposiciones de este Artículo. (Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. § 2732), según enmendado.

## NOTA

Favor de no entregar dinero en efectivo al momento de enviar la solicitud de ingreso. El pago deberá ser siempre en giro o cheque a nombre de First Medical Health Plan, Inc.

## AUTORIZACIÓN PARA RECOPILAR, USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN

Para First Medical Health Plan, Inc. es importante salvaguardar la información de salud protegida de nuestros clientes y nosotros trabajamos día a día para cumplir con ese propósito. Para que usted pueda ser el representante debidamente autorizado de la(s) persona(s) quienes recibirán los beneficios de esta cubierta de salud, debe hacerse por escrito y contener todo lo siguiente:

1. La identidad de la persona objeto de la información de salud protegida
2. Una descripción del tipo de información de salud que se recopilará, usará o divulgará
3. La Identidad de la persona o entidad autorizada a usar o divulgar información de salud protegida
4. El nombre y la dirección de la persona a quien se deberá divulgar la información de salud protegida
5. El propósito de la autorimción, lo cual incluye: la razón de la recopilación, el uso propuesto y el alcance de la divulgación que se pudiera hacer
6. La fecha y firma de la persona objeto de la información de salud protegida o la persona que tiene la potestad legal para otorgar la autorización con evidencia de la autoridad para representar a la persona
7. Una declaración a los efectos de que la persona objeto de la información de salud protegida podrá revocar la autorización por escrito en todo momento, y que la cancelación será prospectiva
8. Una declaración inf armando al individuo que la información usada o divulgada conforme a la autorización pudiera ser redivulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicables.

Además, estoy de acuerdo en que una copia fotostática de esta solicitud será tan válida como el documento original y es válido por 24 meses después de la fecha de efectividad. Una firma facsímil legible debe tener la misma efectividad que el original. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocar esta autorización:

- Debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación a First Medical Health Plan, Inc.
- La revocación no aplicará a la información que ha sido ya revelada en respuesta a esta autorización.
- La revocación será efectiva después de recibida y trabajada por la unidad de Seguridad y Privacidad de First Medical Health Plan, Inc.
- Los beneficios de la cubierta de salud no quedarán afectados en caso de revocación de esta autorización.

Este documento será parte del contrato cuando la cubierta sea aprobada y emitida. Conozco que tengo el derecho de solicitar una copia de este consentimiento para liberar información.

Autorizo a que First Medical Health Plan, Inc. conduzca las auditorias de las reclamaciones por servicios de cuidado de salud recibidos. Esta autorimción se extiende a las auditorias realizadas conforme al Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y las leyes federales y estatales que sean aplicables.

Firma _____ Fecha _____

## AUTORIZACIÓN MERCADEO / MENSAJE DE TEXTO

Autorizo al Plan a recopilar, usar o divulgar información protegida para propósitos de mercadeo de bienes o servicios o para cualquier beneficio comercial de otro tjpo. Además, autorizo a recibir en mi celular mensajes promocionando servicios existentes o nuevos del Plan. Esta autorización estará vigente por un término de 24 meses y podrá revocarse por escrito en cualquier momento. El no firmar esta autorización no afectará los beneficios de mi cubierta.

Firma _____ Fecha _____

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

| Nombre | Inicial | Apellido | Fecha de Nacimiento Día | Mes | Año | Sexo M | F | Número de Seguro Social |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

| Beneficiarios | Parentesco | Porcentaje% | Fecha de Nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

La suscripción en el plan de salud de First Medical Health Plan, Inc., bajo la Affordable Care Act (ACA) le provee al suscriptor principal del referido plan de salud, el beneficio adicional de un seguro de vida por la suma de Cinco Mil Dólares ($5,000). Dicho seguro de vida será emitido y administrado por USIC Life Insurance Company, efectivo a la fecha de suscripción en el plan de salud de First Medical Health Plan, Inc., bajo la Affordable Care Act (ACA).

*Cubierta Básica incluye los beneficios de farmacia, más todos los Beneficios Esenciales de Salud requeridos por la Affordable Care Act (ACA).
** La Cubierta Dental es un beneficio opcional.
*** El cuarto hijo dependiente directo menor de 21 años no genera cargos para establecer la prima del plan familiar.
****La suscripción garantizada a los planes médicos se provee dentro de un periodo de suscripción dispuesto por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. El solicitante del plan médico individual que no opte por suscribirse dentro del periodo de suscripción, no tendrá derecho a la Suscripción Garantizada pero puede acogerse a cualquiera de las cubiertas metálicas ofrecidas con periodo de espera de noventa (90) días.

Reconozco que este formulario de Inscripción/Cambio contiene información confidencial y privilegiada, la cual ha sido suministrada de forma libre y voluntaria. La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. La distribución o divulgación de dicha información a terceros sin previa autorización está totalmente prohibida.

Firma del Solicitante o Representante Legal _____ Fecha _____