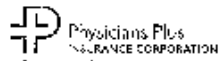


POR FAVOR USE ESTA PÁGINA INSTRUCTIVA COMO UNA GUÍA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO

Las secciones 1 y 2 deben estar completadas totalmente para procesar la inscripción



Group Enrollment/Change Form

1. Employee Information (Please type or print in ink)

New Employee (First Name, MI, Last Name) John S. Newton Social Security # 01221-2762-2942 Single Married Divorced

Change

Street Address 123 Main St City/Town Anytown, WI Zip Code 53005 County Any Home Phone (Area) 608-555-1234 E-mail address john@anytown.com
 Work Phone (Area) 608-555-1234 Fax (Area) 608-555-1234

2. Family Information and Primary Care Physician (PCP) Selection

Full Name of Member to be Covered	Relationship	Gender (M/F)	Social Security #	Birthdate	PCP First Name/Last Name/Provider # (call (608) 782-8900 or (800) 545-5015 for help selecting a PCP)	Enrollment Dept. Use Only	Are you a current patient of this PCP?
<u>John S. Newton</u>	<u>Self</u>	<u>M</u>	<u>01221-2762-2942</u>	<u>1/2/54</u>	<u>Adam Doctor 2222334</u>		<u>Yes</u>
<u>Emily E. Newton</u>	<u>Spouse</u>	<u>F</u>	<u>11111-1111</u>	<u>1/2/58</u>	<u>Adam Doctor 2222334</u>		<u>Yes</u>
<u>Sophie B. Newton</u>	<u>Daughter</u>	<u>F</u>	<u>55555-5555</u>	<u>3/4/05</u>	<u>Adam Doctor 2222334</u>		<u>Yes</u>
Dependent							
Dependent							

(Dependents listed above do not have a different address; please list their name(s) and address(es))

3. Medical Plan Option (Please select your plan type. Consult your employer if multiple plans are offered.)

HMO Copay 20 Health Plan Custom Regular Tiered Copay HSA-Qualified **PPO** Copay Tiered Copay HSA-Qualified

POS Copay Custom Regular Tiered Copay HSA-Qualified

4. Other Health Insurance Information

Have any of your dependents been in Workers' Compensation Benefits, please indicate recipient(s) by name _____

Have any of your dependents are currently disabled, please indicate by name(s) _____

When enrolled with Physicians Plus, will you or anyone listed on this application be covered by other health or prescription insurance? Yes No (If Yes, complete below)

Insurance Company	Name of Insured	Address
Policy Effective Date	Group/Policy Number	Employer Name

Has anyone named above who is eligible for Medicare? Yes No (Over 65 Kidney Failure Disability) Specify Medicare Part A, B, C or D, start Effective Date _____ Medicare Number _____

5. Authorization Signature to Obtain or Release Medical Information

On behalf of myself and my eligible dependents, I hereby agree to the terms and conditions of enrollment and to the Authorization to Obtain or Release Medical Information which appears above and on the reverse side of this application.

Employee Signature: John S. Newton Date: 9/14/05 Spouse/Partner Signature (if applicable): Emily Newton Date: 9/14/05

6. For Employer Use Only

Date of Hire _____ Effective Date _____ Is the employee currently working? Yes No Hours Worked per week _____ (Group/Division # _____)

New Hire New Group Describe Qualifying Event/Latest Action Documentation _____ Date of Qualifying Event _____ Effective Date of Change _____

Cancel All Coverage _____

Reason for Change: First Contribution/COBRA Add Dependents listed above Delete dependents listed above Other _____

Name of Employer _____ E-mail Address _____ Phone _____ Approved by _____ Date _____

White & Yellow Copies: Physicians Plus Pink Copy: Applicant

Si la selección de un Doctor Primario (PCP sig. en inglés) e información actual del paciente no están completas, todos los reclamos serán negados y las tarjetas de Identificación no serán enviadas. Si usted necesita ayuda en seleccionar un Doctor Primario (PCP sig. en inglés), por favor contacte al Servicio de Afiliados al (800) 545-5015 o a ppinfo@ppplus.com.

Esta sección debe ser completada si algún otro seguro médico está en efecto.

Firma y Fecha aquí

La Sección 6 será completada por su empleador

Nombre del Proveedor

Schell, Debra, MD
P+ Provider ID 1021251

Número del Proveedor

Nota para el Empleado: Si usted está añadiendo un dependiente debido a adopción o cambio en custodia, una copia de la documentación de la corte es requerida. Por favor revise EL CONTRATO DE ACEPTACIÓN/AUTORIZACIÓN en el lado reverso de esta página.

ACEPTACIÓN/CONTRATO

Solicitante de Grupo

Al firmar esta solicitud, yo entiendo y estoy de acuerdo con que: a) Todas las afirmaciones y respuestas están completas y son verdaderas a lo mejor de mi entendimiento y conocimiento; b) El seguro por el cual estoy aplicando estará efectivo solamente cuando Physicians Plus Insurance Corporation (PhysiciansPlus) apruebe esta solicitud, y evidencie que tal aprobación será una emisión del Certificado Médico en concordancia con la póliza principal del grupo; c) Por medio de la presente designo al titular de la póliza como mi agente de competencia; y d) Yo autorizo el uso del Número de Seguro Social para propósitos de identificación.

Yo entiendo que mi empleador, no Physician Plus, me representa, a mi esposa/o y a mis dependientes legales y mi empleador actúa como mi/nuestro agente único para cualquier y todo propósito. Yo entiendo que ningún agente de seguros, broker o mi empleador puede modificar, anular o cambiar de ninguna manera esta solicitud, cualquier requerimiento impuesto por Physician Plus, obliga a la cobertura o garantiza la aprobación de esta solicitud. Yo adicionalmente entiendo y estoy de acuerdo con que Physicians Plus, sus directores, supervisores, empleados y agentes no deberán ser responsables por ninguna injuria, daño o gasto (incluyendo cargos de abogado), Yo, y/o mi esposa/o y/o cualquiera de mi(s) dependiente (s) sufran como resultado de cualquier consejo impropio, acción u omisión de parte de cualquier proveedor de salud.

Autorización para Obtener y Comunicar Información Médica

Por mi (nuestra) firma en esta solicitud, Yo (nosotros) autorizo/autorizamos: (1) a cualquier médico, practicante de medicina, hospital, clínica, establecimiento médico u otra institución que provea tratamiento o servicio para mí, mi esposa y/o a mis dependiente(s) legal(es) enlistados en la parte frontal de esta solicitud (a lo máximo que se permita por ley) en cualquier momento, o a su(s) agente(s) (incluyendo al servicio de facturación), tener información médica que incluya, pero no esté limitada a, identificación, historia médica, diagnóstico, pronóstico, consultas, consejos, tratamientos, servicios, fechas de tratamientos y/o servicios, resultados de exámenes (excluyendo cualquier examen de anticuerpo de VIH ó resultados de pruebas genéticas, pero incluyendo rayos-x) o resumen de reportes, sin limitación del período del tratamiento, diagnóstico o información terapéutica, historia o tipo de lesión o enfermedad (incluyendo embarazo) y tratamiento o servicio, si lo hubiera, por condición mental o nerviosa (excluyendo anotaciones de sicoterapia como es definido por ley), abuso de alcohol o drogas, incluyendo todos los programas en los cuales el paciente se haya inscrito como paciente por abuso de alcohol y drogas; y (2) cualquier seguro o compañía de reaseguro, servicio o plan de beneficio pre-pagado, administrador de plan, agencia de reporte al consumidor, empleador o personal o asociado de negocios que tenga información no-médica acerca de mí, mi esposa/o y/o mi(s) hijo(s) menor(es); para revelar a Physician Plus o a sus representante(s) (incluyendo al departamento de reclamos y verificaciones) todas estas informaciones (incluyendo copias fotográficas del mismo).

Yo entiendo que tal información será usada por Physicians Plus para determinar la elegibilidad de cobertura, evaluar y auditar reclamos y determinar la disponibilidad de beneficios bajo la póliza del seguro de salud grupal de Physicians Plus, plan de beneficio u otro contrato, si fue emitido por Physicians Plus a mi empleador. Yo estoy de acuerdo con que Physicians Plus pueda comunicar tal información a su(s) representante(s) u otra(s) persona(s) u organización(nes) que realiza(n) negocio o servicios legales en conexión con mi(s) reclamo(s) o el/los reclamo(s) de mi esposa(o) y/o mi(s) dependiente(s) o que sea de otra manera permitido por ley o que yo pueda autorizar posteriormente de tiempo en tiempo.

Yo adicionalmente autorizo a Physicians Plus a su opción el suministrar y entregar a mi empleador y/o dueño de la póliza de grupo o su(s) representante(s) en concordancia con la póliza del seguro de salud grupal de Physicians Plus, información personal de salud no-identificada relacionada con el costo de tratamientos y/o servicios, pago(s) hecho(s) por tratamientos y/o servicios, fecha(s) de tal(es) pago(s), y los destinatarios de tal(es) pago(s). Yo entiendo que el propósito y/o necesidad de tal revelación es para que tal(es) persona(s) promocionen la salud y el bienestar dentro de la póliza grupal, evalúen la fluctuación de la prima de la póliza, manejo de utilización y/o la transferencia de la administración de reclamos.

Yo entiendo que recibiré una copia de esta autorización. Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información personal de salud a ser usada o revelada por Physicians Plus. Yo entiendo que esta autorización es revocable bajo noticia adelantada por escrito entregada a Physicians Plus en su oficina en Madison, Wisconsin, con excepción de cualquier información revelada en confianza del mismo y anterior a tal revocación no puede ser recuperada y Physicians Plus y sus directores, supervisores, empleados y agentes no deben ser responsables por tal comunicación.

Yo entiendo que Physicians Plus no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción ó elegibilidad para beneficios en la provision de esta autorización. También entiendo que yo puedo rehusarme a firmar esta autorización; sin embargo, al hacerlo, Physicians Plus puede condicionar el pago de reclamos y servicios permitidos por ley. Yo entiendo que esta autorización permanecerá válida hasta por treinta meses desde la fecha que yo o mi representante legal ejecute esta autorización o, si es por más tiempo y permitido por ley, por el tiempo que la póliza esté en vigor bajo Physicians Plus. Yo adicionalmente entiendo que una copia fotográfica de esta autorización es tan válida como el original.

Yo entiendo que puedo obtener una descripción detallada de la Noticia de Prácticas Privadas de Physicians Plus de la Página Web o yo puedo obtener una copia contactando a la Corporación de Seguros Physicians Plus directamente.

La firma en este contrato no autoriza el uso o revelación de información la cual es prohibida bajo la Sección 631.90 de los Estatutos de Wisconsin ya que se relacionan con las provisiones concernientes al VIH o al uso o revelación de información la cual es prohibida bajo la Sección 631.89 de los Estatutos de Wisconsin ya que se relaciona con pruebas genéticas.

1. Información del Empleado (por favor tipee o escriba en tinta)

<input type="checkbox"/> Nuevo Empleado (Nombre, Inicial 2do Nombre, Apellido)	# Seguro Social	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado
<input type="checkbox"/> Cambio		
Calle	Ciudad, Estado	Cód. Postal
		Condado
	Telf. Casa ()	Telf. Trabajo ()
		Dirección de Correo Electrónico

2. Información de Familia y Selección de Doctor Primario (PCP en inglés)

Nombre Completo de los Afiliados a ser cubiertos	Parentesco	Género	# Seguro Social (M/F)	Fecha de Nac.	Doctor Primario: Nombre/Apellido/# de Proveedor (llame al (608) 282-8900 ó (800) 545-5015 para que le ayuden a seleccionar un Doctor Primario)	Para Uso del Dept. de Inscripción Solamente	¿Es usted actualmente paciente de este Doctor Primario(PCP)?
Empleado	Usted Mismo						
Esposa(o)	Esposa(o)						
Dependiente							
Dependiente							
Dependiente							

Si los dependientes nombrados arriba residen en una dirección diferente, por favor liste sus nombre(s) y dirección(es)

3. Opción de Plan Médico (Por favor seleccione su tipo de plan. Consulte con su empleador si múltiples planes son ofrecidos.)

HMO Co-pago__ HealthShare__ A medida Regular Co-pago en Niveles__ Calificado-HSA____ **PPO** Co-pago____ Co-pago en Niveles__ Calificado-HSA__
POS Co-pago__ A medida Regular Co-pago en Niveles__ Calificado HSA____

4. Otra Información de Seguro de Salud

Si usted o alguno de sus dependientes reciben Beneficios de Compensación del Trabajador, por favor indique el destinatario(s) por nombre:

Si usted o alguno de sus dependientes están actualmente discapacitados, por favor indique por nombre(s):

Al inscribirse con Physicians Plus, ¿Estará usted o alguien listado en esta solicitud cubierto por otro seguro de salud o seguro de medicinas? Si No (Si es afirmativo, complete debajo)

Compañía de Seguros	Dirección
Teléfono	Nombre del Asegurado
Fecha Efectiva de la Póliza	Número de Grupo/Póliza
	Dependientes Cubiertos
	Nombre del Empleador
Liste cualquiera nombrado arriba elegible para Medicare	Razón <input type="checkbox"/> Más de 65 <input type="checkbox"/> Falla Renal <input type="checkbox"/> Discapacidad
	Especifique Medicare Parte A, B, C ó D y Fecha Efectiva
	Número de Medicare

5. Firma de Autorización para Obtener o Revelar Información Médica

En nombre mío y de mis dependientes elegibles, yo por medio de la presente estoy de acuerdo con los términos y condiciones de la inscripción y con la Autorización para Obtener o Revelar Información Médica la cual aparece arriba y en el lado reverso de esta solicitud.

Firma del Empleado: _____ Fecha _____ Firma de Esposa(o)/Pareja (si es aplicable) _____ Fecha _____

6. Para Uso del Empleador Solamente

Fecha de Contratación	Fecha Efectiva	¿Está el empleado trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Horas trabajadas por semana	# de Grupo/División
<input type="checkbox"/> Nuevo Contratado <input type="checkbox"/> Nuevo Grupo	Describa el Evento Calificativo y Adjunte Documentación		Fecha de Evento Calificativo	Fecha Efectiva del Cambio
<input type="checkbox"/> Cancele toda Cobertura				
Razón para Cambio: <input type="checkbox"/> Elección de Continuación/COBRA <input type="checkbox"/> Añadir Dependientes listados arriba <input type="checkbox"/> Elimine los dependientes listados arriba <input type="checkbox"/> Otro				
Nombre del Empleador	Dirección de correo electrónico	Teléfono	Aprobado por	Fecha