Humana.

Solicitud de Ingreso / Cambios / Bajas

Enrollment / Changes / Termination application form

Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

383 Ave. FD Roosevelt, San Juan PR 00918-2131

IMPORTANTE: Favor de leer las instrucciones indicadas al dorso antes de completar el formulario / IMPORTANT: Please read the instructions at the back before completing this form.
Escriba con letra clara y complete cada encasillado según corresponda / Please print clearly and fill as applicable.

Para uso interno solamente (sello procesado)
Internal use only (process stamp)

☐ **Nuevo Ingreso** / New Enrollment ☐ **Cambios** / Changes ☐ **Renovación con Cambios** / Renewal with changes

☐ **Cancelación Contrato** (Indique razón) Cancelled contract (provide reason) ☐ **Terminación Voluntaria** Voluntary Termination ☐ **Terminado** Terminated ☐ **Muerte** / Death ☐ **Otro plan** / Other Plan

Fecha de Efectividad / Effective Date ___ ___ ____ (mm dd aaaa)

Idioma de preferencia Preferred Language ☐ **Español** Spanish ☐ **Inglés** English

# de Contrato Contract #	**Código** Code	**Edad** Age	**Género** Gender	**Fecha Nacimiento** Date of Birth	**Estado Civil** Civil Status
-	001			mm dd aaaa	

Nombre del Producto Product Name: ☐ **Humana Complete** ☐ **Humana Complete Plus** ☐ **Humana Max** ☐ **Humana Maximum** ☐ **Otro** / Other_____

Tipo de Plan Plan Type: ☐ **Invidual** / Individual ☐ **Emp + hijo** / Emp + child ☐ **Emp + Conyuge** / Emp + Spouse ☐ **Familiar** / Family ☐ **Dep. Opcional** / Opt. Dependant

 # Seguro Social asegurado principal Main insured Social Security # - -

Nombre asegurado principal (Nombre/Apellido Paterno / Apellido Materno) Main insured Name (Name / Father's last Name / Mother's last name)

Cubiertas Opcionales / Optional Coverage: ☐ **Seguro de vida** / Life Insurance ☐ **Dental DP** ___ ☐ **Farmacia** / Pharmacy **Rx** ___ ☐ **Otro** / Other_____

¿Tiene usted otro seguro médico? * Are you covered by other health plan?* ☐ **Si** (Yes) ☐ **No** **Nombre del Plan** / Plan Name **Número de Contrato** / Contract number

Dirección postal / Postal Address

¿Tiene usted o su cónyuge cubierta Medicare?* Are you or your dependent covered by Medicare?*
* **Acompañe evidencia** * Provide evidence

Usted / Yourself	☐ **Si** (Yes) ☐ **No**	**Fecha parte A** / Date part A	m d a	**Fecha parte B** / Date part B m d a
Cónyuge / Spouse	☐ **Si** (Yes) ☐ **No**	**Fecha parte A** / Date part A	m d a	**Fecha parte B** / Date part B m d a

Teléfonos / Telephones

Celular / Mobile

Oficina / Office

Otro / Other

Email

Nombre del Patrono / Employer Name **Fecha empleo** / Hire date m d a

Retirado / Retiree ☐ **Si** (Yes) ☐ **No** **Posición** / Position **Empleado a tiempo completo** / Full time employee ☐ **Si** (Yes) ☐ **No**

Número de Grupo / Group number **Número de Cuenta** / Account number

Dependientes Directos (Utilice esta sección para añadir o cancelar dependientes) / Direct Dependents (Use this section to add or cancel dependents)
Refiérase al dorso de este documento para la definición de dependientes directos elegibles / Refer to the back of this form for elegible direct dependents definition

	Parentesco Relationship	**Cancelación** Cancelled	**Añadir** Add	**Nombre / Apellido Paterno / Apellido Materno** Name/ Father's last Name/Mother's last name	**Fecha nacimiento** Date of Birth	**Edad** Age	**Impedido** Disabled	**Género** Gender	**Indique si tiene otro plan** Are you covered by other health plan?	
011	**Cónyuge** Spouse	☐	☐		m d a		☐		☐ **Si** (Yes) ☐ **No**	**Nombre del producto** Product Name
	Cohabitante Domestic Partner	**# Seguro Social** Social Security #		- -						**# Contrato** Contract #
021		☐	☐		m d a		☐		☐ **Si** (Yes) ☐ **No**	**Nombre del producto** Product Name
		# Seguro Social Social Security #		- -						**# Contrato** Contract #
031		☐	☐		m d a		☐		☐ **Si** (Yes) ☐ **No**	**Nombre del producto** Product Name
		# Seguro Social Social Security #		- -						**# Contrato** Contract #
041		☐	☐		m d a		☐		☐ **Si** (Yes) ☐ **No**	**Nombre del producto** Product Name
		# Seguro Social Social Security #		- -						**# Contrato** Contract #
051		☐	☐		m d a		☐		☐ **Si** (Yes) ☐ **No**	**Nombre del producto** Product Name
		# Seguro Social Social Security #		- -						**# Contrato** Contract #

Seguro de vida Life Insurance

Beneficiarios (El % de beneficio debe sumar 100%) Beneficiaries (Benefit should total 100%)

Suf	**Nombre/Apellido Paterno / Apellido Materno** Name/ Father's last Name/Mother's last name	
050 **Relación** Relationship		
	Fecha Nacimiento Date of birth m d a	%
051 **Relación** Relationship		
	Fecha Nacimiento Date of birth m d a	%
052 **Relación** Relationship		
	Fecha Nacimiento Date of birth m d a	%
053 **Relación** Relationship		
	Fecha Nacimiento Date of birth m d a	%

Humana. Solicitud de Ingreso / Cambios / Bajas / Enrollment/Changes / Terminations application form

Dependientes Opcionales / Optional Dependants

Nombre / Name														**Edad /** Age		**Género /** Gender		**#Seguro Social /** Social Security #				-			-				

¿Tiene su dependiente opcional una cubierta Medicare? / Does your optional dependent have Medicare coverage? ☐ **Si** (Yes) ☐ **No**		**¿ Tiene su dependiente opcional otra cubierta médica? /** Does your optional dependent have other health care coverage?	☐ **Si** (Yes) ☐ **No**
Fecha parte A / Date part A	m d a	**Número de contrato según tarjeta de Medicare /** Medicare contract number	**Nombre del plan /** Plan Name
Fecha parte B / Date part B	m d a		**Num. contrato /** Contract Num.

Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. (en adelante Humana) reconoce la importancia de proteger la información personal de sus clientes y suscriptores. Es por ello que Humana utilizará el número de seguro social para propósitos de identificación y sólo será divulgado cuando sea permitido y requerido bajo las leyes Estatales y Federales. Humana solicita el número de seguro social sólo para propósitos internos de acuerdo a la ley 207 de septiembre 27, 2006. Solicito de Humana cubierta de beneficios para mi y mis dependientes, si alguno. Entiendo que esta solicitud ésta sujeta a la aceptación por la compañía y que los servicios provistos están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones descritas en la póliza. Certifico que la información anterior es cierta y correcta. Autorizo a Humana a verificar la misma. Autorizo a Humana a obtener de proveedores de servicio los expedientes médicos relacionados conmigo y con mis dependientes que sean necesarios para la administración del seguro médico, de acuerdo a la ley HIPPA. Certifico que he leído y estoy de acuerdo con la Ley de fraude y las penalidades aplicables en caso de violación a esta ley. Con la firma de esta solicitud autorizo a Humana a enviarme el certificado de beneficio y el directorio de proveedores en formato electrónico, en CD, por correo regular o a mi correo electrónico. Entiendo que tengo derecho a recibir la póliza en papel, y puedo solicitarlo a Humana a la siguiente dirección: Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. 383 Ave FD Roosevelt, San Juan PR 00918-2131.

Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. (Humana) recognizes the importance of protecting personal information of their customers and insurers. Humana uses the social security number for identification purposes, it will only be disclosed as permitted and required under state and federal laws. Humana request of your social security number is mandatory for internal processes and in accordance with Law 207 of September 27, 2006. I hereby request to Humana coverage of benefits for me and my dependents, if any. I understand that this enrollment form is subject to the approval of the company and the services are subject to the benefits, limitations and exclusions described in the policy. I certify that the information provided by me is truthful and correct. I hereby authorize Humana to verify it. I authorize Humana to obtain from providers the medical records that are related to me and my dependents that are necessary for the administration of the policy, in accordance with HIPAA law. I certify that I have read and I agree with the Anti-Fraud Law and its applicable penalties in case of violation of such Law. By signing this form I authorize to send Humana's certificate of benefits and provider directory in electronic format in CD, by mail or e-mail. I understand I have the right to receive the policy on paper, and I can apply it to the following Humana address: Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. 383 Ave FD Roosevelt, San Juan PR 00918-2131.

Fecha / Date m d a **Firma del Asegurado /** Insured Signature _____

Solicitud Cambios / Application Changes **(Para uso oficial del encargado del grupo)** (business administrator use only)

Nombre del empleado / Employee's Name		☐ **Cancelar /** Cancel	**Cambios Demográficos /** Demographic Changes	☐ **# Seguro Social /** Social Security #	☐ **Dirección** / Address	☐ **Fecha Nacimiento** / Date of Birth
# de Contrato / Contract #	001		**Indique Cambios /** Specify Changes			
Nombre del dependiente / Dependant Name						
Nombre del dependiente / Dependant Name				**Fecha de Efectividad del Cambio /** Change effective date	m d a	
Fecha/ Date m d a	**Firma del Encargado de Grupo/ Business Admininistrator Signature** _____			**Nombre del Patrono /** Employer Name		

Instrucciones

Favor de seguir las instrucciones para completar la solicitud de ingreso a su seguro médico con Humana. Para evitar contratiempos al procesar su solicitud, es importante que se asegure de marcar su elección de cubierta sin errores ni alteraciones.

1. La solicitud debe ser impresa por ambos lados
2. Complete su solicitud en letra de molde clara y legible
3. Debe asegurarse de escribir las letras dentro del encasillado
4. No debe exceder los espacios del encasillado
5. Los encasillados deben ser marcados con X o marcas de cotejo.
6. Asegúrese de completar todos los espacios que apliquen a su elección y beneficios.
7. Asegúrese de que la información suministrada sea correcta y completa. La omisión de información podría causar retrasos en el proceso de su solicitud. Esto incluye el espacio provisto para anotar el "puesto" que ocupa; de esto depende la cubierta y otros beneficios, si aplica.
8. En los espacios provistos para indicar fechas, asegúrese de indicar la fecha en el formato de Mes – Día – Año.
9. Toda persona con parte A y B de Medicare debe incluir copia de la tarjeta de Medicare, o certificado de asegurabilidad de Medicare.
10. Recuerde marcar los encasillados para indicar si su dependiente es incapacitado. Se requiere incluir evidencia y certificación médica.
11. La(s) alternativa(s) a seleccionar son aquella(s) que su patrono escogió con Humana.
12. Para hacer cambios, escoja las opciones de la parte identificada como "SOLICITUD / CAMBIO" que se encuentra en la parte posterior de la solicitud. Una vez seleccionada la transacción solicitada, complete la información según aplique en los espacios provistos: Añadir o eliminar dependientes; dirección, teléfono, opciones de cubierta, etc.
13. Favor de asegurarse de haber firmado la solicitud.

Definiciones

Dependiente Directo - cualquier persona que es o pudiese ser elegible a un seguro médico por motivo de la relación que tiene con el asegurado principal y a tenor con las condiciones dispuestas en el seguro médico. Podrán considerarse dependientes del asegurado principal los siguientes:

a. El cónyuge legal o cohabitante, de acuerdo a las leyes de Puerto Rico;
b. Un hijo biológico, hijo legalmente adoptado o un niño de quien el asegurado tiene la custodia legal conforme a las leyes de Puerto Rico, menor de veintiséis (26) años;
c. Un hijo biológico, hijo legalmente adoptado o un niño de quien el asegurado tiene la custodia legal conforme a las leyes de Puerto Rico que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas. Se debe de acompañar evidencia médica;
d. Hijastros hasta cumplir los veintiséis (26) años;
e. Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal, en una relación de padre/madre e hijo/hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del asegurado principal para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico, hasta cumplir los veintiséis (26) años;
f. Menor no emancipado cuya custodia haya sido adjudicada al asegurado principal;
g. Persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al asegurado principal.

Dependiente Opcional o Colateral (a opción del Patrono) – Familiar del asegurado principal o su cónyuge que viva de forma permanente con el asegurado principal y depende sustancialmente de éste para su sustento. Además, se considera un dependiente opcional o colateral el padre y la madre del asegurado principal o los de su cónyuge, aunque no vivan con el asegurado principal. El asegurado principal o su cónyuge, según aplique, deberá presentar certificado de nacimiento para validar a sus padres.

Ley antifraude

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare 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 fijo 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. 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 aplicables bajo el Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. Sec 2732.

Esta solicitud no es para una Cubierta Complementaria de Medicare

Instructions

Please follow the instructions to complete the application of your health plan with Humana. To avoid delays in processing your application, it is important to make sure to mark your choice of cover without errors or alterations.

1. The application must be printed on both sides
2. Complete your application letter clearly and legibly
3. Please make sure to write each letter inside each box
4. Do not exceed box's spaces
5. The boxes must be marked with X or checkmarks.
6. Be sure to complete all fields that apply to your choice and benefits.
7. Make sure that the information provided is accurate and complete. The omission of information could cause delays in processing your application. Is require to include your position in the position field. This information will be used to determine the type of coverage, benefit and others if applicable.
8. In all provided field to include the date please ensure to use the following date format Month - Day - Year.
9. Any person with part A and B of Medicare must include a copy of the Medicare card or Medicare certificate of insurability.
10. Remember to mark the field to indicate whether your dependent is disabled. It is required to include evidence and medical certification.
11. The option to be selected is those that your employer selects with Humana.
12. To make changes, choose the section "APPLICATION / CHANGE" in the back of the application form. After selecting the requested transaction, complete the information as applicable in the spaces provided: remove dependents; address, phone, cover options, etc.
13. Please make sure you have signed the application

Definitions

Direct Dependent: To be eligible as a dependent for the purposes of coverage, the person must reside in the service area and be:

a. The legal spouse or cohabitant (with proper evidence), in accordance with the laws of Puerto Rico;
b. A biological child, adopted child or child placed for adoption under the age of twenty-six (26);
c. A biological child, adopted child or child placed for adoption, regardless of age, who cannot sustain him/herself due to a mental or physical disability existing before turning twenty-six (26) years of age, as stipulated in Public Act 111-148, known as the Patient Protection and Affordable Care Act, and Public Act 111-152, known as the Health Care and Education Reconciliation Act, and all regulations thereof;
d. Step children younger than twenty-six (26);
e. Children raised since childhood under the same roof as the principal insured, in a father/mother and son/daughter relationship, who are and will continue being totally dependent on the family of the insured for sustenance, as established in Article 16.330 of the Puerto Rico Insurance Code, until they turn twenty-six (26);
f. A minor that is not emancipated, whose custody has been awarded to the principal insured, until he/she turns twenty-six (26);
g. A person of any age who has been declared incapable and whose care has been awarded to the principal insured

Optional Dependent: Optional or Collateral Dependent (at the Employer's option): Family member of the principal insured or his/her spouse who lives permanently with the principal insured and substantially depends on him/her for sustenance. Also, the mother or father of the principal insured can be considered an optional or collateral dependent, even if not living with the principal insured. The principal insured or his/her spouse must present a birth certificate to validate his/her parents.

Anti Fraud Law

Any person who knowingly presents false informaon in an insurance application, or presents, aids or files a fraudulent claim for payment of a loss or other benefit, or presents more than one claim for the same damage or loss, shall incur a felony and, upon conviction, shall be punished by a fine not less than five thousand (5,000) dollars nor more than ten thousand (10,000) dollars or imprisonment for a fixed term of three (3) years, or both. Should there be aggravating circumstances, the fixed penalty may be increased to a maximum of five (5) years; mediating extenuating circumstances, it may be reduced to a minimum of two (2) years. Failure to comply with the provisions of this Article shall entail the imposition of an administrative fine not to be less than one thousand (1,000) dollars nor more than (5,000) five thousand dollars. Failure to include this notice in the indicated forms do not constitute defense to the insured or third claimant in case of failing to comply with the applicable provisions under the Insurance Code of Puerto Rico, L.P.R.A. sec. 2732.

This application is not for a supplementary Medicare coverage.