

La información que ofrezca en esta declaración será resguardada bajo estricta confidencialidad. La usará True Health New Mexico para evaluar y asegurar su cobertura de Grupo de Empleador.

Nombre del empleador: _____

Información del empleador																	
Nombre del empleado:	Fecha de nacimiento del empleado:																
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:																
Tipo de cobertura (marcar uno): <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s) ¿A cuántos hijos está inscribiendo? _____ <input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge <input type="checkbox"/> Familia																	
Fechas de nacimiento, géneros y códigos postales (si es diferente del código postal del empleado) del cónyuge y los niños cubiertos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Cónyuge fecha de nacimiento:</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Cónyuge género M / F:</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Código postal del cónyuge:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Fecha de nacimiento del niño:</td> <td style="padding: 5px;">Género del niño M / F:</td> <td style="padding: 5px;">Código postal del niño:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Fecha de nacimiento del niño:</td> <td style="padding: 5px;">Género del niño M / F:</td> <td style="padding: 5px;">Código postal del niño:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Fecha de nacimiento del niño:</td> <td style="padding: 5px;">Género del niño M / F:</td> <td style="padding: 5px;">Código postal del niño:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Fecha de nacimiento del niño:</td> <td style="padding: 5px;">Género del niño M / F:</td> <td style="padding: 5px;">Código postal del niño:</td> </tr> </table>			Cónyuge fecha de nacimiento:	Cónyuge género M / F:	Código postal del cónyuge:	Fecha de nacimiento del niño:	Género del niño M / F:	Código postal del niño:	Fecha de nacimiento del niño:	Género del niño M / F:	Código postal del niño:	Fecha de nacimiento del niño:	Género del niño M / F:	Código postal del niño:	Fecha de nacimiento del niño:	Género del niño M / F:	Código postal del niño:
Cónyuge fecha de nacimiento:	Cónyuge género M / F:	Código postal del cónyuge:															
Fecha de nacimiento del niño:	Género del niño M / F:	Código postal del niño:															
Fecha de nacimiento del niño:	Género del niño M / F:	Código postal del niño:															
Fecha de nacimiento del niño:	Género del niño M / F:	Código postal del niño:															
Fecha de nacimiento del niño:	Género del niño M / F:	Código postal del niño:															
Preguntas acerca de historia médica																	
Responder las siguientes preguntas con respecto a la historia médica de usted y de las personas a cargo que agregará a su póliza (es decir, su cónyuge y/o hijos). Según su leal saber y entender, usted o una persona a cargo:																	
1. ¿Presentó reclamaciones mayores a los \$5,000 en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, detallar:															
2. Dentro de los últimos 5 años, ¿tuvo usted o se le recomendó que tenga un tratamiento, hospitalización o cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, detallar:															
3. ¿Tuvo o tiene en la actualidad cáncer, enfermedades coronarias, enfermedad respiratoria crónica, diabetes, SIDA, VIH, enfermedad hepática (incluyendo hepatitis), enfermedad mental crónica o necesitó un trasplante de órgano o de médula ósea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, detallar:															
4. ¿Es usted una persona a cargo que se encuentra embarazada en este momento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, detalle la fecha de parto y cualquier información acerca de parto múltiple o complicaciones de las que tenga conocimiento:															
5. Hacer una lista de todos los medicamentos que consume actualmente y condiciones relacionadas:																	

Comprendo que True Health New Mexico utilizará esta información para propósitos de evaluar mi solicitud para seguro de salud grupal y para determinar los costos de las primas grupales. Autorizo a que esta información pueda ser compartida con True Health New Mexico y sus socios comerciales para propósitos de aseguramiento y que no se usará para denegar cobertura. Entiendo que si mi(s) persona(s) a cargo o yo sufrimos un cambio en la condición de salud luego de haber completado este formulario, o antes de que mi cobertura entre en vigencia, es mi responsabilidad dar aviso a True Health New Mexico.

He respondido a todas las preguntas sin faltar a la verdad y entiendo que cualquier tergiversación o información incorrecta podrá impactar en las tasas de las primas para la cobertura grupal.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Entregar este formulario a su corredor de seguros o a su empleador en un sobre cerrado.