



Vista Healthplan of South Florida, Inc.
Instrucciones para Solicitud de Inscripción de Persona Particular

En lo adelante, por "VISTA" se entenderá toda referencia a Vista Healthplan of South Florida.

1. Usted, como solicitante de la inscripción, deberá llenar con precisión toda la información que se le pide en esta Solicitud de Inscripción de Persona Particular (en lo adelante, la "Solicitud") **CON TINTA NEGRA**, así como firmar y fechar la Solicitud en el lugar indicado. Una omisión en cualquier sección podrá significar una demora en el procesamiento de la Solicitud.
2. A los Solicitantes elegibles para una cobertura con garantía de emisión conforme a HIPAA se les exigirán además otros requisitos y deberán llenar un cuestionario adicional.
3. Los solicitantes elegibles, y los que no lo son, conforme a HIPAA, no pueden solicitar la cobertura usando la misma Solicitud de Inscripción. Con esta finalidad deberán llenarse 2 Solicitudes de Inscripción por separado. (Remitirse a la Sección C para ver más información al respecto)
4. La Solicitud de los Solicitantes que no son elegibles conforme a HIPAA deberá recibirse en un término de 30 días a partir de la fecha en que fue firmada por el solicitante. La Solicitud de los Solicitantes elegibles conforme a HIPAA deberá recibirse en un término de 63 días a partir de la fecha en que se dio por terminada la cobertura anterior que califique del solicitante.
5. Los solicitantes son elegibles para hacer su solicitud si tienen entre 6 meses y 64 ½ años de edad.
6. Todo integrante del núcleo familiar del Solicitante mayor de 18 años (que no sea el cónyuge), si corresponde, deberá llenar su propia Solicitud y anexarle un cheque por la prima, por separado.
7. Todo integrante del núcleo familiar de un Solicitante que sea su cónyuge, su hijo o hija menor, puede solicitar la cobertura en una misma Solicitud. En el caso de los hijos menores del Solicitante (de 17 años y menor) se exigirá que sea uno de los padres o el tutor legal quien llene la presente Solicitud.
8. Cada Solicitante deberá elegir un médico de cabecera (PCP) con ayuda del directorio de proveedores de VISTA o visitar con este fin el sitio en la Internet www.vistahealthplan.com.
9. Envíe la Solicitud debidamente llenada y anexe a ella su cheque personal por la prima de un mes pagadera a VISTA, si corresponde, a la dirección que se indica abajo. Tenga en cuenta que el hecho de que VISTA cambie algún cheque por la prima NO se considera una aprobación para recibir cobertura. En el caso de que VISTA decida denegar la cobertura a cualquier Solicitante, VISTA devolverá la cuantía total que cualquier cheque que haya cambiado por tal concepto. Tenga presente que su prima cotizada puede ser ajustada por VISTA como resultado de las condiciones de aseguramiento, cargos de inscripción, opciones de factura, cambios de plan/beneficios, fechas de entrada en vigor disponibles, edad/fecha de nacimiento u otros factores relevantes.
10. A las Solicitudes recibidas antes del 19th de cada mes se les dará cobertura a partir del primer día del mes siguiente, previa aprobación del aseguramiento por VISTA. A las Solicitudes recibidas entre el 20th y el final de cada mes se les dará cobertura a partir del primer día del segundo mes posterior a la fecha en que se envió la Solicitud a VISTA, previa aprobación del aseguramiento por VISTA.
11. VISTA puede exigirle la presentación de la historia clínica o la realización de un examen médico y usted será responsable del costo. De ser el caso, dicha historia clínica y el examen médico formarán parte de la presente Solicitud.
12. Los Solicitantes (los hombres incluidos) deberán haberse hecho una mamografía en los últimos 2 años, si corresponde.
13. Vista le notificará por escrito si usted ha sido aprobado(a) o no para la cobertura. Si VISTA aprueba su Solicitud, se le notificará la fecha de entrada en vigor de su cobertura.
14. Revise los planes de beneficios que se relacionan a continuación y escriba en la Sección B de su Solicitud el código del plan que seleccionó.
15. Si necesita ayuda para llenar la presente Solicitud, llame a su agente, o a VISTA, al 1-866-342-4968.
16. En caso de que necesite algún espacio adicional para cualquier sección, adjunte cuantas hojas sean necesarias a la presente Solicitud y escriba en cada una de ellas el nombre completo del Solicitante.

Selección del Plan de Beneficios

Todo solicitante que esté gestionando cobertura mediante la presente Solicitud debe elegir uno de los planes de Organización de Mantenimiento de la Salud que se relacionan a continuación: Cada Solicitante puede elegir un plan diferente. Cada plan cuenta con un Anexo opcional de Maternidad (marque la casilla del Plan de Maternidad en la Sección B).

Solicitante: _____

Plan de su elección: _____

Solicitante: _____

Plan de su elección: _____

Solicitante: _____

Plan de su elección: _____

Solicitante: _____

Plan de su elección: _____

Solicitante: _____

Plan de su elección: _____

TODOS LOS MATERIALES SE ENTREGARÁN SOLAMENTE EN INGLÉS.

Para una descripción pormenorizada de los beneficios vea la Relación de Beneficios. Todos los planes están sujetos a exclusiones y limitaciones.

ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO A: VISTA - Attn: Individual Underwriting – P.O. Box 45-2679, Sunrise, FL 33345-2679
 ENVÍE LA SOLICITUD INMEDIATA A: Individual Applications: VISTA– MS- SR 1115, 1340 Concord Terrace, Sunrise, FL 33323

**RECIBO DE DINERO CONDICIONAL DE PERSONA PARTICULAR PARA
HMO
(Copia del Solicitante)**

La presente Solicitud DEBE ir acompañada con un cheque, giro postal u opción de transferencia electrónica de fondos (EFT) para el primer mes. Todos los cheques deben ser pagaderos a Vista Healthplan of South Florida, Inc.

Recibí de _____ en fecha _____ un pago por prima inicial de \$ _____.

1. Yo/Nosotros estoy(amos) consciente(s) de que la presente es una Solicitud para un plan de persona particular y que no se trata de una plan de grupo patrocinado por un empleador. Soy enteramente responsable en lo sucesivo de cualquier pago de prima (si se aprueba la cobertura) y cualquier omisión del pago de la prima será razón para que se dé por terminada la cobertura.
2. Yo/Nosotros comprendo(emos) que mi/nuestra Solicitud está sujeta a una evaluación del aseguramiento y a una verificación de la información suministrada. La prima del primer mes enviada junto con la Solicitud no me/nos da derecho a la cobertura hasta tanto no reciba(mos) la confirmación por escrito de Vista Healthplan of South Florida sobre la aprobación de la cobertura. En caso de que la Solicitud sea denegada, el depósito efectuado se devolverá al Solicitante principal.
3. VISTA retiene las Solicitudes con información pendiente por un término de hasta [10-30] días. Después de los [10-30] días, la Solicitud se cerrará y el depósito efectuado se devolverá al Solicitante.
4. Una vez que la Solicitud se apruebe, VISTA le notificará a usted la fecha de entrada en vigor de su cobertura. Mi/nuestra tasa de prima se basará en dicha fecha de entrada en vigor aprobada. VISTA no se hace responsable de prestar, o pagar por, algún servicio antes de la fecha de entrada en vigor de mi/nuestra inscripción.

Advertencia: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier asegurador, presente una declaración de reclamación o una Solicitud que contenga alguna información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. Ninguna declaración, excepto una manifestación falsa fraudulenta, será utilizada para invalidar la póliza o rehusar una reclamación siempre que la cobertura haya estado vigente por dos años.

Yo/Nosotros, por este medio certifico(amos) que he/hemos leído este Recibo de Dinero Condicional de Persona Particular para HMO y que comprendo(emos) y estoy(amos) de acuerdo con su contenido, así como que he(hemos) recibido el recibo de "Dinero Condicional de Persona Particular para HMO" y que estoy(amos) en poder del mismo.

FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (TUTOR LEGAL si se trata de un menor de 18 años) _____ / ____ / ____
FECHA

FIRMA DEL CÓNYUGE _____ / ____ / ____
FECHA

FIRMA DEL AGENTE (en tinta) _____ / ____ / ____
FECHA



**Fecha de recibida:
Solamente para uso
de la oficina**

NO CANCELE NINGUNA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO QUE ACTUALMENTE POSEA NI RENUNCIE A LOS BENEFICIOS COBRA HASTA QUE NO RECIBA DE VISTA LA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO DE SU APROBACIÓN. CONSERVE UNA COPIA DE LA PRESENTE SOLICITUD EN SUS ARCHIVOS.

Fecha de entrada en vigor solicitada (primero de): _____
(mes / año)

Cada integrante del núcleo familiar que sea aceptado para la cobertura tendrá que tener su propio contrato con Vista Healthplan of South Florida, Inc. ("VISTA") (cada uno en calidad de "Solicitante"). Nota: Los dependientes de 18 años o mayores deben llenar una solicitud por separado y adjuntar su cheque por la prima.

Sección A. INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido del solicitante principal / padre o madre	Nombre	Inicial SN
Dirección	Ciudad	Estado
	Código Postal	Condado
Ocupación del Solicitante y Empleador	Teléfono del trabajo	Teléfono de la casa/ teléfono celular
Ocupación del cónyuge y Empleador	Teléfono del trabajo	Dirección de correo electrónico del Solicitante
Usted y cada uno de los Solicitantes, ¿residió permanentemente en Estados Unidos por los últimos 3 años contados a partir de la fecha en que firmó esta Solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser "negativa" la respuesta, relacione el o los Solicitantes que residieron fuera: _____		

Sección B. PERSONA(S) QUE SERÁ(N) ASEGURADA(S) – Relacionar y llenar la información de usted y de todos los integrantes del núcleo familiar que están solicitando (Solicitantes).

Apellido	Nombre	Inicial SN	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Sexo (M/F)	Estatura Pies – pulgadas	Peso lbs	Nombre/ # del PCP / Consulta #	Plan	Plan de maternidad	Monto de la Prima
1. Solicitante principal (el mismo que se relacionó anteriormente)										
					-		Nombre:		<input type="checkbox"/> Sí	\$
							PCP #:		<input type="checkbox"/> No	.
Número de Seguro Social:										
2. Cónyuge										
					-		Nombre:		<input type="checkbox"/> Sí	\$
							PCP #:		<input type="checkbox"/> No	.
Número de Seguro Social:										
3. Hijo(a) dependiente										
					-		Nombre:		<input type="checkbox"/> Sí	\$
							PCP #:		<input type="checkbox"/> No	.
Número de Seguro Social:										
4. Hijo(a) dependiente										
					-		Nombre:		<input type="checkbox"/> Sí	\$
							PCP #:		<input type="checkbox"/> No	.
Número de Seguro Social:										
5. Hijo(a) dependiente										
					-		Nombre:		<input type="checkbox"/> Sí	\$
							PCP #:		<input type="checkbox"/> No	.
Número de Seguro Social:										
6. Hijo(a) dependiente										
					-		Nombre:		<input type="checkbox"/> Sí	\$
							PCP #:		<input type="checkbox"/> No	.
Número de Seguro Social:										
									Total de la Prima	
									\$.	

Sección C. ELEGIBILIDAD CONFORME A HIPAA – Seleccione una opción a continuación.

1. Si usted o cualquier otro de los integrantes del núcleo familiar desea solicitar su elegibilidad conforme a HIPAA, deben reunir **TODOS** los criterios a continuación:
 - a. haber tenido una cobertura fidedigna por 18 meses seguidos
 - b. que la cobertura más reciente hubiera sido un plan de grupo, gubernamental o de una iglesia; o que la cobertura más reciente la hubiera brindado un plan individual de este estado cuya cobertura se hubiese dado por terminada a consecuencia de la insolvencia de la agencia de seguro, o porque se haya descontinuado la oferta de todo tipo de cobertura individual en el estado, o porque el asegurado ya no residiese en el área de servicio de la agencia de seguro que brinda la cobertura a través de un plan de red
 - c. no ser elegible para cobertura de grupo, de Medicare o de Medicaid, o conversión de cobertura
 - d. no tener otra cobertura de seguro médico
 - e. haber tenido y agotado cualquier cobertura de continuación de COBRA o del estado
 - f. que la cobertura más reciente no se hubiese dado por terminada debido a caducidad de la prima o fraude.
2. Ni yo ni ninguno de los integrantes de mi núcleo familiar reunimos los requisitos conforme a HIPAA y seremos reconsiderados mediante el proceso normal de aseguramiento.

NOTA: Si no todos los integrantes del núcleo familiar que están solicitando reúnen los requisitos conforme a HIPAA, aquellos que no sean elegibles conforme a HIPAA deben llenar una Solicitud de Inscripción por separado y serán reconsiderados mediante el proceso normal de aseguramiento.

Sección D. DECLARACIÓN SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA Y PROBLEMAS DE SALUD – Responder todas las preguntas en nombre de todos los Solicitantes

LOS PARTICULARES DE TODAS LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS, MARCADAS O ENCERRADAS EN CÍRCULO, SE DEBEN DAR EN LA SECCIÓN E

Si se le acepta para recibir cobertura, toda manifestación falsa u omisión importante en esta Sección D pudiera dar lugar a la rescisión de la cobertura, a la invalidez del contrato a partir de su fecha original de entrada en vigor o a dar por terminada la cobertura, según lo estime VISTA conveniente. Responda las siguientes preguntas acerca de la salud de usted y de cada uno de los Solicitantes para los que se esté gestionando la cobertura. Debe notificar a VISTA cualquier cambio de estado de salud, suyo o de cualquiera de los Solicitantes, así como cualquier cambio en las respuestas a las preguntas que se hacen en esta Sección D, que ocurra en cualquier momento entre la fecha en que usted firme la presente Solicitud y la fecha de entrada en vigor de la cobertura suya o la de los integrantes del núcleo familiar que están solicitando la cobertura a VISTA, según lo estipulado en la Comunicación de Aceptación. El hecho de no brindar esta información puede dar lugar a: (i) que se dé por terminada la cobertura o a que se rescinda a la fecha de entrada en vigor, según lo decida VISTA, o (ii) que VISTA le imponga un período de espera por problemas de salud preexistentes, según sea pertinente. En caso de que la cobertura se dé por terminada o se rescinda, VISTA no se considerará responsable de financiar ningún servicio que usted hubiese recibido y recurrirá a acciones judiciales a fin de recuperar cualquier reclamación que VISTA hubiere pagado por tales servicios.

1. ¿Usted o alguno de los Solicitantes ha estado alguna vez asociado a un plan de persona particular o de grupo de Vista Healthplan of South Florida, Vista Insurance Plan o de alguna de sus compañías afiliadas (por ejemplo, Foundation Health, Vista Healthplan, Beacon Health Plans o Healthplan Southeast)? Sí No
De ser así, dé el número de asociado: _____
2. ¿Alguna vez a usted o a alguno de los Solicitantes se le ha negado algún seguro de vida, de discapacidad o médico, se le ha impuesto una exclusión, se le ha pospuesto, se le ha aplicado una renuncia o se le ha cobrado una prima extra por uno de ellos o alguno de tales seguros se ha dado por terminado o rescindido? De ser así, dé el nombre del Solicitante, de la compañía de seguros y una breve explicación. _____ Sí No
3. Usted o alguno de los Solicitantes ¿sufre actualmente de algún dolor o síntoma persistente (por ejemplo sangrado, vómitos frecuentes, migrañas, etc.) por el que usted (o ellos) no haya asistido a consulta médica o que no haya sido diagnosticado, atendido o tratado por un médico en el transcurso de los 2 últimos años? Sí No
4. ¿Alguna de las mujeres Solicitantes, relacionadas en esta Solicitud, está actualmente embarazada? o ¿alguno de los hombres relacionados en esta Solicitud está esperando un hijo de cualquier mujer, incluso si la futura madre no está relacionada en esta Solicitud? De ser así, no envíe la Solicitud (excepto si se trata de un solicitante conforme a HIPAA). Sí No
5. ¿A usted o a alguno de los solicitantes se le ha diagnosticado alcoholismo, drogadicción (drogas legales o ilegales) o ha sido tratado por una de estas causas en los últimos 10 años? Sí No
6. En los últimos 10 años, alguno de los Solicitantes:
 - a. ¿Tuvo algún resultado de laboratorio o pruebas diagnósticas anormales o se le recomendó someterse a terapia, cirugía u hospitalización? Sí No
 - b. ¿Fue paciente de una consulta médica, clínica, hospital, sala de emergencia u otra instalación médica por motivos diferentes a los de un examen físico de rutina? Sí No
 - c. ¿Se le hizo un examen médico cuyos resultados no estaban dentro de los límites normales? Sí No
7. ¿Usted o alguno de los Solicitantes ha resultado positivo en la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o se le ha diagnosticado alguna enfermedad o complejo relacionados con el SIDA (CRS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o cualquier otra enfermedad/trastorno causado por dicha infección o inmunodeficiencia? Sí No
8. ¿Usted o alguno de los Solicitantes toma actualmente o estuvo tomando algún medicamento por receta en los dos últimos años? De ser así, relacione los medicamentos por receta en la Sección E – Fármacos y Dosis Prescritas Sí No

9. ¿Alguna vez un médico, hospital u otra instalación médica similar, o proveedor, lo ha sometido a usted o a alguno de los Solicitantes a terapia, le ha diagnosticado o le ha recomendado una terapia fuera de Estados Unidos? De ser así, explique en la Sección E Sí No
10. ¿Se le ha hecho a usted o a alguno de los Solicitantes una mamografía en los últimos 2 años (los hombres incluidos)? Sí No
- Resultado: Normal Anormal Fecha: ____ / ____ / ____ (Dé la información del médico a continuación. Si el resultado es anormal, llene la Sección E).

Nombre del médico _____ teléfono: _____ ciudad _____ estado _____

11. En los últimos 2 años ¿fue usted o alguno de los Solicitantes fumador? Sí No
De ser así, dé el nombre del o de los Solicitantes y la fecha en que dejaron de fumar (si corresponde):

12. ¿Usted o alguno de los Solicitantes tiene actualmente un seguro médico? De ser así, dé el nombre del Solicitante y de la compañía de seguros. Sí No

Solo para mujeres

13. A. ¿A usted o a alguna de las Solicitantes se le ha hecho una prueba citológica (Papanicolaou) o un examen pélvico? Sí No
Resultado: Normal Anormal Fecha: ____ / ____ / ____ (Dé la información del médico a continuación. Si el resultado es anormal, llene la Sección E).

Nombre del médico _____ teléfono: _____ ciudad _____ estado _____

- B. ¿Usted y las demás Solicitantes tienen normalmente su ciclo menstrual? De no ser así, dé una explicación en la Sección E. Sí No

14. ¿Alguna vez a usted o a alguno de los Solicitantes se le ha hecho un análisis, se le ha sometido a tratamiento, se le ha diagnosticado o consultado o se le han recetado medicamentos para tratar alguna de las siguientes enfermedades, lesiones, dolencias o trastornos, físicos o psicológicos? Marque el padecimiento pertinente e indique en la misma línea el # del Solicitante, según la Sección B, que posee dicho padecimiento. Explique detalladamente en la Sección E, relacionando el # de la pregunta del cuadro a continuación. (MARQUE LA CASILLA DE QUE SE TRATE)

(No trace una línea vertical ni use una gran X para juntar varias respuestas)

<input type="checkbox"/> 14.2 Alergias / sinusitis	<input type="checkbox"/> 14.19 Diabetes / hipoglucemia	<input type="checkbox"/> 14.37 Trasplante de órgano
<input type="checkbox"/> 14.2 Aneurisma	<input type="checkbox"/> 14.20 Digestivo: enfermedad esofágica / de la vesícula biliar / reflujo gastroesofágico (GERD)	<input type="checkbox"/> 14.38 Enfermedad del páncreas
<input type="checkbox"/> 14.3 Artritis / osteoporosis / gota	<input type="checkbox"/> 14.21 Dislocaciones / esguinces / distensiones / fracturas	<input type="checkbox"/> 14.39 Parálisis / polio
<input type="checkbox"/> 14.4 Asma / tos crónica / dificultades para respirar	<input type="checkbox"/> 14.22 Enfermedad o trastorno de los oídos o la vista	<input type="checkbox"/> 14.40 Dolor pélvico
<input type="checkbox"/> 14.5 Problemas en la espalda / columna vertebral / articulaciones	<input type="checkbox"/> 14.23 Lesiones en la cabeza	<input type="checkbox"/> 14.41 Dolor del pene / próstata / escroto
<input type="checkbox"/> 14.6 Tumor benigno / quiste / tumor / pólipo / masa / protuberancia	<input type="checkbox"/> 14.24 Dolores de cabeza / migraña	<input type="checkbox"/> 14.42 Problemas de la glándula pituitaria / suprarrenal
<input type="checkbox"/> 14.7 Trastornos de la sangre / el bazo / anemia / alteración de las plaquetas	<input type="checkbox"/> 14.25 Enfermedad o trastorno cardíaco / arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> 14.43 Órganos reproductivos: Enfermedad / trastorno / hemorragia uterina inusual
<input type="checkbox"/> 14.8 Enfermedad o trastorno cerebral / accidente isquémico transitorio (TIA)	<input type="checkbox"/> 14.26 Soplo cardíaco / prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> 14.44 Respiratorio: Enfisema / EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) / tuberculosis
<input type="checkbox"/> 14.9 Enfermedad o trastorno mamario	<input type="checkbox"/> 14.27 Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C / complicaciones hepáticas	<input type="checkbox"/> 14.45 Convulsiones / epilepsia
<input type="checkbox"/> 14.10 Bursitis / tendinitis / síndrome del túnel carpiano	<input type="checkbox"/> 14.28 Hipertensión arterial (presión alta)	<input type="checkbox"/> 14.46 Enfermedades de transmisión sexual / herpes / virus del papiloma humano (HPV)
<input type="checkbox"/> 14.11 Cáncer	<input type="checkbox"/> 14.29 Colesterol / triglicéridos altos (elevados)	<input type="checkbox"/> 14.47 Problemas de la piel / soriasis
<input type="checkbox"/> 14.12 Parálisis cerebral / fibrosis quística / esclerosis múltiple / distrofia muscular /	<input type="checkbox"/> 14.30 Trastornos inmunológicos	<input type="checkbox"/> 14.48 Apnea del sueño
<input type="checkbox"/> 14.13 Dolor en el pecho / palpitaciones	<input type="checkbox"/> 14.31 Fijadores internos (por ejemplo, tornillos, clavijas, planchas) / prótesis	<input type="checkbox"/> 14.49 Tiroides / bocio
<input type="checkbox"/> 14.14 Síndrome de fatiga crónica / fibromialgia	<input type="checkbox"/> 14.32 Sangrado intestinal / úlceras / hernias	<input type="checkbox"/> 14.50 Tinnitus / vértigo / mareos / desmayos
<input type="checkbox"/> 14.15 Deformidades, defectos congénitos Parto prematuro / labio leporino / paladar hendido	<input type="checkbox"/> 14.33 Problemas de los riñones / vejiga / incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> 14.51 Amígdalas / adenoides
<input type="checkbox"/> 14.16 Trastorno de los tejidos conectivos / lupus	<input type="checkbox"/> 14.34 Linfoma	<input type="checkbox"/> 14.52 Temblores / tic
<input type="checkbox"/> 14.17 Retardo del desarrollo / retardo del habla	<input type="checkbox"/> 14.35 Tumor maligno	<input type="checkbox"/> 14.53 Colitis ulcerativa / enfermedad de Crohn / síndrome del intestino irritable (IBS) / hemorroides
<input type="checkbox"/> 14.18 Tabique desviado / articulación temporomandibular (TMJ)	<input type="checkbox"/> 14.36 Trastorno mental / psiquiátrico / retraso mental / síndrome de Down / autismo	<input type="checkbox"/> 14.54 Otros tratamientos, diagnósticos o consultas que no estén relacionados
Si no hay ninguna casilla marcada, debe marcar "No" a continuación y poner sus iniciales.		
<input type="checkbox"/> Ningún Solicitante padece de ninguna de las enfermedades relacionadas anteriormente _____ (Iniciales del Solicitante principal)		

Toda respuesta afirmativa en la Sección D (incluida la pregunta 14) tiene que ser explicada en la Sección E.

Sección E. Dé detalles de todas las respuestas “afirmativas”, las casillas marcadas o circuladas como respuesta, en el espacio a continuación, por número de pregunta o, de lo contrario, según se exige en la Sección D. Si se necesita más espacio, escriba en una hoja aparte observando el mismo formato que en el cuadro a continuación, firme y ponga la fecha en la hoja. VISTA puede exigirle la presentación de la historia clínica o la realización de un examen médico y usted será responsable del costo. De ser el caso, dicha historia clínica y el examen médico formarán parte de la presente Solicitud.

Número de la pregunta	Nombre del Solicitante	Enfermedad / padecimiento tratado o resultados del examen físico	Primera fecha del tratamiento o análisis	Última fecha del tratamiento o análisis	Fármacos y dosis prescritos	Grado de recuperación (por ejemplo: 50%, 75%, 100%)	Nombre del médico que le trató, dirección y teléfono

Sección F. CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN – Leer cuidadosamente la información a continuación.

CONDICIONES GENERALES

VISTA se reserva el derecho de denegar cualquier Solicitud de inscripción. No habrá cobertura a menos que esta Solicitud sea aprobada por VISTA y que se le envíe a usted la Carta de Aprobación, incluso aunque usted haya enviado a VISTA el cheque por la prima del primer mes. Si su Solicitud o la Solicitud de alguno de los Solicitantes se deniega, el monto pagado por usted se le devolverá o se utilizará para otros Solicitantes que solicitaron mediante la presente Solicitud y que fueron aprobados para recibir cobertura.

Ningún otro departamento, funcionario, agente o empleado de VISTA diferente al Departamento de Aseguramiento de VISTA está autorizado para otorgar la inscripción. Un agente no puede otorgar la autorización, cambiar los términos o prescindir de los requisitos de la cobertura. VISTA puede exigirle la presentación de la historia clínica o la realización de un examen médico y usted será responsable del costo. De ser el caso, dicha historia clínica y el examen médico formarán parte de la presente Solicitud.

Usted comprende que es responsabilidad suya proporcionar a VISTA información sobre cualquier cambio que se produzca en su estado de salud o en el de cualquiera de los otros Solicitantes antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Usted deberá notificar a VISTA cualquier información adicional o diferente en relación con su salud y/o con la de cualquiera de los solicitantes o comunicarle cualquier cambio en relación con la información proporcionada en la presente Solicitud que hubiera tenido lugar desde la fecha en que firmó la Solicitud hasta la fecha de entrada en vigor de la cobertura. En caso de se diera a conocer algún cambio en la información revelada en su Solicitud, VISTA puede suspender su cobertura hasta tanto VISTA reconsidere y apruebe su Solicitud de conformidad con la nueva información recibida. El incumplimiento suyo en suministrar esta información adicional podría ocasionar que VISTA rescinda la cobertura a partir de la fecha de entrada en vigor y que proceda a recuperar cualquier cantidad que haya pagado por servicios como resultado de la no revelación. En este caso, VISTA no tendrá ninguna responsabilidad en cuanto a proporcionar la cobertura conforme al contrato.

Cualquier hecho no revelado, intencionalmente o no, así como cualquier tergiversación de los hechos en los materiales de la Solicitud es causa para rescindir o dar por terminado el presente Contrato y VISTA puede recuperar cualquier monto pagado por servicios obtenidos como resultado de tal no revelación o tergiversación de los hechos. En el caso de que el Contrato sea rescindido o se dé por terminado, VISTA no tendrá ninguna responsabilidad en cuanto a brindar la cobertura conforme al Contrato.

PAGO DE LA PRIMA

Tenga en cuenta que esta cobertura no se vende como una póliza comercial de grupo. Si se acepta la cobertura, cada Solicitante es responsable por la prima inicial, así como por cualquier pago en lo sucesivo. Si los fondos se extraen de una cuenta de negocios, yo certifico que soy el dueño de dicho negocio y que los pagos los hago por mí mismo y por los demás Solicitantes en calidad de personas particulares y no de empleados. Entiendo que los pagos provenientes de una cuenta de negocios no son para los empleados ni para otras personas fuera de mi núcleo familiar más cercano. El reembolso de cualquier prima es pagadero solamente al Solicitante principal.

ACUERDO VINCULANTE

El Certificado de Cobertura de que se trata, la presente Solicitud y la Carta de Aprobación (colectivamente el “Contrato”) constituirán el acuerdo íntegro entre el(los) Solicitante(s) y VISTA. El(los) Solicitante(s) por este medio expresa(n) su conformidad con los términos y condiciones según fueron expuestos en el Contrato si éste se aprueba para recibir cobertura de conformidad con la presente. **CONSERVE UNA COPIA DE LA PRESENTE SOLICITUD EN SUS ARCHIVOS.**

Si VISTA acepta la cobertura del (de los) Solicitante(s), la firma a continuación del Solicitante principal será interpretada como la aprobación del Contrato por el Solicitante principal y por todos los demás Solicitantes que se relacionan en la Sección B anterior.

Por este medio doy mi conformidad para que el Contrato se renueve automáticamente en cada aniversario consecutivo de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, sujeto a cualquier y todas las enmiendas del Contrato necesarias, las que, a título enunciativo pero no limitativo, comprenden cambios en la tasa o los beneficios, según lo

determine VISTA o sean elegidos por mí, en mi nombre o en nombre de todos los demás Solicitantes, sin mi consentimiento expreso, a menos que yo, cualquier Solicitante o VISTA determine dar por terminado el Contrato de conformidad con sus términos.

BURÓ DE INFORMACIÓN MÉDICA (MIB, por sus siglas en inglés)

La información respecto de la asegurabilidad del Solicitante será tratada como confidencial. VISTA o los reaseguradores, pueden, sin embargo, hacer de allí un breve informe al MIB, una organización sin fines lucrativos de miembros de compañías de seguros de vida que lleva a cabo un intercambio de información en beneficio de sus miembros. Si usted solicita una cobertura de seguro de vida o médico a otra compañía que sea miembro del MIB o hace una reclamación de beneficios a ser presentados a tal compañía, el MIB, en respuesta a la petición, le suministrará a dicha compañía la información que posee en sus archivos. Al recibir su solicitud, el MIB organizará la revelación de cualquier información que pueda tener en el archivo de usted. Si usted duda de la exactitud de la información que está en el archivo del MIB, puede comunicarse con el MIB a fin de hacer las correcciones necesarias siguiendo los procedimientos establecidos en la Federal Fair Credit Responding Act (ley federal sobre derechos de respuesta de crédito). La dirección de la oficina de información del MIB es: Post Office Box 105, Essex Station, Boston, Massachusetts 02112 y su número de teléfono: (617) 426-3660.

VISTA o los reaseguradores también pueden revelar la información que poseen en sus archivos a otras compañías de seguros de vida o médicos a los que usted haya solicitado un seguro médico o a la que le esté reclamando beneficios a ser considerados.

CLÁUSULA POR OMISIONES

Doy por sentado que todas las declaraciones y respuestas plasmadas en este documento, por quienquiera que hayan sido escritas, tanto en su anverso como en su reverso y en cualquiera de sus adjuntos, están completas, son verídicas y correctas a mi leal saber y entender. Convengo en que este documento será la base para que VISTA acepte mi inscripción y la de todos los demás Solicitantes. Comprendo que cualquier manifestación falsa u omisión, por la razón que sea, entre las que se enuncian pero no se limitan a, la presencia de problemas de salud preexistentes o sus antecedentes, puede conllevar que se rescinda o se dé por terminada mi cobertura o la de cualquier otro de los Solicitantes.

MENOR EN CALIDAD DE ÚNICO SOLICITANTE

Si el único Solicitante de esta Solicitud es un menor de 18 años, uno de sus padres o, de ser el caso, su tutor legal, debe firmar por él o ella. En tal caso, el padre o tutor legal, por este medio, conviene en hacerse legalmente responsable de la exactitud de la información contenida en esta Solicitud y del pago de todas las primas. Un tutor legal que haga la solicitud en nombre de un menor deberá adjuntar a la Solicitud copias de todos los documentos del tribunal que autorizan su tutela.

SERVICIOS DE MATERNIDAD

Entiendo que, si selecciono un plan de beneficios que incluya el de maternidad, existe un período de 15 meses de espera para disfrutar de los beneficios de maternidad (obstetricia). No se pagan beneficios por: atención prenatal, de parto y postnatal prestada por un médico, hospital u otro proveedor de servicios médicos durante los primeros 15 meses consecutivos de la cobertura. Si soy una persona que cumple los requisitos conforme a HIPAA, se puede renunciar el período de espera solamente si estuviera embarazada en el momento en que entre en vigor la cobertura.

CLÁUSULA SOBRE PROBLEMAS DE SALUD PREEXISTENTES

Entiendo que existe un período de 24 meses de espera para los problemas de salud preexistentes, según fue definido en el Contrato y en el Manual del Asociado. Si usted y/o cualquier otro Solicitante no ha(n) estado cubierto(s) continuamente por una cobertura de seguro médico fidedigna en los últimos 24 meses, usted y/o tal(es) Solicitante(s) podría(n) estar sujeto(s) a exclusión por problema de salud preexistente. Los problemas de salud preexistentes son enfermedades o dolencias que, durante los 24 meses que inmediatamente anteceden a la fecha de entrada en vigor de la cobertura, se han manifestado de tal manera que una persona normalmente prudente estaría obligada a buscar ayuda médica, diagnóstico, atención o tratamiento o debido a las cuales se recomendó o se recibió ayuda médica, diagnóstico, atención o tratamiento; o se trata de un embarazo ya existente en la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Si usted es una persona que cumple los requisitos conforme a HIPAA, a fin de brindarle a usted y/o a todos los demás Solicitantes una cobertura continua durante el período correspondiente, adjunte sus Certificados de Cobertura Fidedigna, así como los de todos los demás Solicitantes que sean elegibles conforme a HIPAA, emitidos por cada agencia de seguros certificada con las que usted y los demás Solicitantes fueron cubiertos durante el período anterior de que se trate. Si usted no tiene los certificados en el momento de enviar su Solicitud, usted y/o cualquiera de los demás Solicitantes podrían estar sujetos a exclusión por problemas de salud preexistentes hasta que VISTA reciba tales certificados o el Solicitante presente pruebas relevantes que corroboren la Cobertura Fidedigna. Ajuste a esta Solicitud todos los Certificados de Cobertura Fidedigna. Las personas que califican conforme a HIPAA no están sujetas a las limitaciones por problemas de salud preexistentes.

RIESGO AGRAVADO (estatus no preferencial) (de ser el caso)

Aquellos Solicitantes cuya cobertura se acepte bajo las provisiones de riesgo agravado (estatus no preferencial) pagarán una prima mensual más alta que aquellos miembros de la misma edad, sexo y condado de residencia que no estén considerados como de riesgo agravado (estatus no preferencial). Los criterios de aseguramiento utilizados para determinar el riesgo agravado (estatus no preferencial) los estudia y aplica VISTA a su exclusivo arbitrio.

SELECCIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA

Comprendo que, por estar asociado a una organización de mantenimiento de salud (HMO), todas las remisiones para la atención y los servicios de una especialidad deben ser coordinados por mi médico de cabecera, a menos que, de otro modo, lo exijan las regulaciones estatales o federales, o de conformidad con el Certificado de Cobertura pertinente. Todos los asociados HMO deben recibir un formulario de remisión por escrito extendido por el médico de cabecera o por VISTA antes de ir a ver un especialista, a menos que VISTA, o la ley federal estatal, renuncien a dicho requisito.

CONTRATISTA INDEPENDIENTE

Entiendo que VISTA no emplea directamente a ninguno de los proveedores ni instalaciones participantes. Todos los proveedores e instalaciones de atención de la salud son contratistas independientes que no son agentes ni empleados de VISTA.

EJEMPLARES

Esta Solicitud puede ser suscrita en múltiples ejemplares, cada uno de los cuales será considerado un original y todos en conjunto constituirán un convenio único.

CONFIRMACIÓN Y CONFORMIDAD

Entiendo y doy mi conformidad de atenerme a todos los términos, condiciones y provisiones del Contrato. He leído y comprendo esta Solicitud que incluye las condiciones de la inscripción. Entiendo que, si esta Solicitud se acepta, ella formará parte del Contrato. Al firmar a continuación, confirmo mi aceptación de estos términos, así como que la información reflejada en esta Solicitud está completa, es verídica y correcta.

Sección G. AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo, en nombre propio y en nombre de los demás Solicitantes, autorizo a cualquier médico, hospital, proveedor de salud o asegurador que posea la correspondiente licencia o a cualquier otra entidad médica o de seguros que tenga información sobre mi historia clínica y/o la de los demás Solicitantes, incluyendo todos o cualesquier registro de salud mental y sus datos, a identificar cualquier problema de salud preexistente posible. Yo, en nombre propio y en nombre de los demás Solicitantes, por este medio autorizo a VISTA a usar información que me (nos) pudiera identificar para llevar a cabo tratamientos en general, pagos o servicios de atención de la salud, los que, a título enunciativo pero no limitativo, comprenden la coordinación de la atención médica, evaluación de la calidad, análisis de la utilización, detección de fraudes o propósitos de acreditación. Si la información personal que puede identificar a un individuo se va a utilizar con otra finalidad, VISTA obtendrá de mí y de todos los demás Solicitantes una autorización en específico, según corresponda.

Yo, en nombre propio y en el de todos los demás Solicitantes, por este medio autorizo a VISTA y a su empleados, agentes, contratistas independientes y proveedores contratados autorizados a revelar a cualquier persona, proveedor de atención médica, organización o agencia gubernamental, o a obtener de cualquiera de ellos, cualquier información y registros, incluyendo las historias clínicas de los Solicitantes e información sobre cualquier problema de salud que pudieran tener y que VISTA reclame, o esté obligada a proporcionar, conforme a procesos judiciales, regulaciones federales, estatales o locales o que, de otra forma, se necesite para administrar el Contrato o para determinar si se acepta o no conceder mi cobertura o la de alguno de los Solicitantes como se hace mediante esta Solicitud. Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica u otra instalación o proveedor de atención médica que posea la correspondiente licencia, compañía de seguros, el MIB u otra organización, institución o persona que tenga conocimiento y posea registros sobre mi salud o la de cualquiera de los Solicitantes, a proporcionar a VISTA y a los reaseguradores cualquier información de esta índole. La fotocopia de esta autorización se considera con la misma validez del original. VISTA está facultada para hacer una fotocopia de esta autorización. Esta autorización permanecerá vigente indefinidamente a menos que usted la dé por terminada de manera adecuada mediante una notificación por escrito dirigida a VISTA.

Por este medio declaro que tengo autoridad para actuar en nombre de todos los Solicitantes relacionados en la Sección B y a obligarlos a acatar los términos y condiciones establecidos en esta Solicitud.

El Certificado de Cobertura puede conseguirse a través del sitio de VISTA en la Internet www.vistahealthplan.com o si llama al Departamento de Servicio al Cliente de ViSTA al 1-800-441-5501 y solicita le sea enviada una copia impresa del Contrato por el correo normal de EE. UU. Su firma en esta Solicitud significa la aceptación de estas opciones de entrega.

He leído y comprendo los términos de esta Solicitud. Al firmar esta Solicitud expreso mi conformidad con estos términos. La información que he brindado en esta Solicitud está completa, es verídica y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que VISTA se reserva el derecho de rescindir o dar por terminada la cobertura debido a cualquier manifestación falsa importante en esta Solicitud. La manifestación falsa importante la determina VISTA a su exclusivo arbitrio. El hecho de no brindar la información actualizada de la historia clínica según lo que se pide en la Sección D de esta Solicitud puede dar lugar a: (i) que se dé por terminada la cobertura o a que se rescinda a la fecha de entrada en vigor, según lo decida VISTA, o (ii) que VISTA le imponga un período de espera por problemas de salud preexistentes, según sea pertinente. En caso de que la cobertura se dé por terminada o se rescinda, VISTA no se considerará responsable de financiar ningún servicio que usted hubiese recibido y recurrirá a acciones judiciales a fin de recuperar cualquier reclamación que VISTA hubiere pagado por tales servicios.

He recibido un recibo de dinero condicional.

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier asegurador, presente una declaración de reclamación o una Solicitud que contenga alguna información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Abajo, deben firmar y poner la fecha el (los): solicitante(s) adulto(s) / padre, madre o tutor legal y agente (de ser necesario)

FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL / PADRE, MADRE o TUTOR LEGAL
(encierre en un círculo) si el único Solicitante es menor de 18 años

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA DEL CÓNYUGE

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

TODOS LOS MATERIALES SE ENTREGARÁN SOLAMENTE EN INGLÉS.

Cada integrante del núcleo familiar tendrá una evaluación de riesgos clínicos por separado y se le asignará una cobertura distinta basada en su propio riesgo para la salud. Si no se aprueba a uno o más de los integrantes del núcleo familiar, VISTA cubrirá a los integrantes del núcleo familiar aprobados, excepto que se indique lo siguiente:

Yo, el Solicitante, doy instrucciones precisas a VISTA de no cubrir a ningún integrante elegible a no ser que todos los integrantes del núcleo familiar sean aprobados para recibir cobertura.

Sección H. DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

A ser llenado cuando el Solicitante no pueda llenar la Solicitud por sí mismo.

Yo, _____, he leído y llenado personalmente esta Solicitud de Inscripción de Persona Particular por el Solicitante.

X _____
Firma del traductor (obligatoria)

_____/_____/_____
Fecha de la firma (obligatoria)

Sección I. OPCIONES DE FACTURACIÓN

- EFT (transferencia electrónica de fondos) el primer mes y, en lo adelante, EFT mensual (Sin cargo administrativo). Llenar la autorización de EFT a continuación y entregar una copia de un cheque invalidado
No es un requisito adjuntar el cheque por la prima cuando se presenta la Solicitud. (Ver la última página)
- EFT el primer mes y, en lo adelante, facturación mensual (sujeto a cargo administrativo de \$5 por persona cada mes). Llenar la autorización de EFT a continuación y entregar una copia de un cheque invalidado. No es un requisito adjuntar el cheque por la prima cuando se presenta la Solicitud. (Ver la última página)
- Facturas mensuales (sujeto a cargo administrativo de \$5 por persona, cada mes). *Es un requisito adjuntar el cheque por la prima cuando se presenta la Solicitud.
(Ver la última página)

Fecha del cheque: _____ Cheque #: _____

Total de prima pagada: _____

Todas las extracciones se harán los primeros días laborables del mes.

AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS (EFT)

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de la cuenta: _____

Nombre del Banco: _____

Enrutamiento del Banco: _____

Por este medio autorizo a Vista Healthplan of South Florida, Inc. ("VISTA") para que proceda a retirar de la cuenta identificada anteriormente, y que poseo en el banco intermediario financiero mencionado, el importe del cargo mensual adeudado por concepto del cobro de la prima. El retiro mensual de mi cuenta se hará el día primero o después del día primero de cada mes. Además, en caso de que deba a VISTA otros saldos, autorizo a VISTA para que proceda a retirar de la cuenta identificada anteriormente, y que poseo en el banco intermediario financiero mencionado, en un retiro único, el importe del cargo mensual adeudado por concepto del cobro de la prima más el importe del otro saldo adeudado, siempre que la cifra total no sea mayor que el doble del monto de la prima mensual. Cada mes que VISTA tenga que retirar un importe mayor que el cargo mensual por concepto de la prima, VISTA me enviará por correo, con al menos diez (10) días de antelación al primer día de ese mes, una factura, o una carta, en que se constate la cantidad diferente a retirar el día primero de ese mes o después del día primero de ese mes.

Si mi prima está vencida o tengo saldos pendientes, el retiro de VISTA será utilizado primero para pagar la prima o saldo pendiente. A menos que yo haga un pago por cheque, o autorice a VISTA a hacer un retiro electrónico por separado, de modo que VISTA reciba mi pago a más tardar el último día del período de gracia, mi cuenta se mantendrá atrasada y mi cobertura de VISTA podría darse por terminada por incumplimiento del pago. Mis pagos a VISTA (ya sea se hagan mediante retiros electrónicos, por correo o de otra forma) deben estar en poder de VISTA para el último día del período de gracia o VISTA puede dar por terminada mi cobertura por incumplimiento del pago. De conformidad con el Estatuto de Florida 641.3108(2), luego de pasados hasta 45 días de la fecha de vencimiento, mi cobertura de VISTA está en todo momento sujeta a darse por terminada retroactivamente por incumplimiento del pago.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo notifique por escrito a VISTA lo contrario y VISTA disponga de un tiempo razonable para actuar conforme a la notificación. También puedo suspender los pagos mediante notificación a mi banco intermediario financiero. Convengo en que los derechos de VISTA en relación con cualquier retiro electrónico deberán ser los mismos que si se tratara de un cheque firmado por mí. Reconozco y convengo en que asumiré la responsabilidad financiera de cualquier servicio que reciba después de la fecha en que se dé por terminada mi cobertura de VISTA, si la misma se da por terminada debido a un incumplimiento del pago.

Convengo en quedar obligado a acatar los términos de esta Autorización de Pago, las regulaciones del Estado de Florida y las Reglas y Pautas de Operación de la Asociación Nacional de Cámaras de Compensación Electrónica.

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier asegurador, presente una declaración de reclamación o una Solicitud que contenga alguna información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA _____

FECHA / / _____

Sección J. INFORMACIÓN SOBRE EL AGENTE

El agente deberá llenar la información a continuación (las Solicitudes de cobertura conforme a HIPAA no exigen un agente)

Nombre del agente general, de ser el caso	Nombre del agente	Número de Seguro Social del agente:	Número de la licencia del agente	
Dirección	Suite #	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono comercial - -	Número de teléfono celular - -	Número de Fax - -	Dirección de e-mail	
¿La venta fue producida por un agente principal de VISTA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

¿Está usted enterado de alguna información no revelada en esta Solicitud que pueda repercutir en este riesgo? Sí No
De ser afirmativa la respuesta, adjuntar una explicación.

¿Usted se entrevistó con el (los) Solicitante(s) e indagó acerca de cada pregunta de esta Solicitud exactamente como está establecido? Sí No
De ser negativa la respuesta, explique: _____

He leído la Solicitud y todas las preguntas han sido respondidas completamente. (Las Solicitudes incompletas serán devueltas)

Firma del agente

Fecha en que se firmó

Adjunte aquí la copia del cheque invalidado.

(Esto es obligatorio en las opciones de facturación 1 y 2)

Adjunte aquí el cheque por la prima para la opción de facturación 3.

Adjunte aquí cualquier otro cheque que adicione.