



770 Avenida Hostos Suite 208  
Mayagüez, PR 00682-1538

Tel. (787) 833-8070  
Fax (787) 832-5400

# SOLICITUD DE INGRESO

## Pago Directo

### COMPLETE LA SOLICITUD EN TODAS SUS PARTES – SOLICITUDES INCOMPLETAS SERAN DEVUELTAS SIN PROCESAR

TARIFA	FECHA DE INGRESO MES [ ] DÍA [ ] AÑO [ ]	PERIODO DE ESPERA [ ] SI [ ] NO	ESTE CONTRATO ES [ ] NUEVO [ ] RENOVACIÓN [ ] CONVERSIÓN [ ] REINGRESO	EVENTO CUALIFICANTE [ ] SI [ ] NO
TIPO DE CUBIERTA [ ] ORO HMO [ ] ORO POS	TIPO DE PRODUCTO [ ] INDIVIDUAL [ ] PAREJA [ ] FAMILIAR		NÚMERO DE GRUPO	
PAGO AUTOMÁTICO ACH [ ] SI [ ] NO	CENTRO DE MEDICINA PRIMARIA (CMP): (Aplica solo a la Cubierta ORO HMO)			

### ASEGURADO PRINCIPAL

APELLIDOS, NOMBRE			ESTADO CIVIL			SEXO [ ] F [ ] M					
DIRECCIÓN POSTAL						DIRECCIÓN FÍSICA					
PUEBLO		PAÍS		CÓDIGO POSTAL		PUEBLO		PAÍS		CÓDIGO POSTAL	
SEGURO SOCIAL						TELÉFONO #1 #2					
NÚMERO DE CONTRATO						CORREO ELECTRÓNICO					
FECHA DE NACIMIENTO MES [ ] DÍA [ ] AÑO [ ]			EDAD			¿AL PRESENTE TIENE CUBIERTA DE SALUD? ____ SI ____ NO De ser afirmativo, indique nombre de la compañía:					

### DEPENDIENTES DIRECTOS

APELLIDOS, NOMBRE			PARENTESCO			FECHA DE NACIMIENTO MES [ ] DÍA [ ] AÑO [ ]			SEXO [ ] F [ ] M		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL						TIENE OTRO PLAN [ ] SI [ ] NO DE SER SÍ, NOMBRE DEL PLAN:					
APELLIDOS, NOMBRE			PARENTESCO			FECHA DE NACIMIENTO MES [ ] DÍA [ ] AÑO [ ]			SEXO [ ] F [ ] M		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL						TIENE OTRO PLAN [ ] SI [ ] NO DE SER SÍ, NOMBRE DEL PLAN:					
APELLIDOS, NOMBRE			PARENTESCO			FECHA DE NACIMIENTO MES [ ] DÍA [ ] AÑO [ ]			SEXO [ ] F [ ] M		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL						TIENE OTRO PLAN [ ] SI [ ] NO DE SER SÍ, NOMBRE DEL PLAN:					
APELLIDOS, NOMBRE			PARENTESCO			FECHA DE NACIMIENTO MES [ ] DÍA [ ] AÑO [ ]			SEXO [ ] F [ ] M		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL						TIENE OTRO PLAN [ ] SI [ ] NO DE SER SÍ, NOMBRE DEL PLAN:					

Será aplicable un periodo de espera de 90 días (salvo para servicios de emergencia) a toda suscripción fuera del Periodo Anual de Suscripción o fuera del Periodo Especial de Suscripción que resulte de alguna circunstancia que no constituye un evento cualificante de conformidad a las normas establecidas en el Código de Seguros de Salud y/o reglamento aplicable según emitido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

### ACUERDO DE DESCUENTO AUTOMÁTICO PARA PAGO DE PRIMA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN BANCARIA:		
Tipo de Cuenta [ ] Ahorro [ ] Cheque	Número de ruta y tránsito	Número de Cuenta

### TÉRMINOS APLICABLES

Por este medio autorizo a Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc., a ordenar cargos mensuales, según el producto seleccionado a mi cuenta bancaria para el pago de la prima del contrato en referencia. El descuento se realizará el día [ ] 1 ó [ ] 15 a partir 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 automático devuelto conllevará un cargo de \$15.00 por manejo y procesamiento del mismo.

De haber un cambio de cuenta bancaria, es responsabilidad del suscriptor notificarlo con treinta (30) días de anticipación y completar una nueva Solicitud de Pago Automático. Además, deberá completar Solicitud de Débito de desear cambiar su método de pago o cancelar su cubierta médica. Los servicios del Plan Médico SSBV son provistos según las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables a transacciones bancarias. La información de su cheque será convertida a una transacción electrónica débito y enviado a través del sistema bancario. Su estado bancario reflejará mensualmente un débito por la cantidad de su factura neta del próximo mes. Es de suma importancia que usted verifique mensualmente su estado bancario para que se asegure que el débito fue realizado.

Nombre del Poseedor de la Cuenta

Firma del Poseedor de la Cuenta

## PAGO DE PRIMA

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 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 entro de este término, seré desafiado del plan a la fecha de vencimiento del periodo de gracia y reconozco que Plan Médico SSBV Inc., no será responsable por el pago de reclamaciones incurridas de servicios médico-hospitalario y de farmacia luego de la fecha de cancelación y será parte de mi responsabilidad como suscriptor.

También entiendo que la tarifa o prima mensual se fijará de acuerdo a la edad cumplida del asegurado principal y cada uno de sus dependientes a la fecha de ingreso y/o la renovación, según informado por estos SSBV de conformidad a lo dispuesto por la Ley PPACA y el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Además, advengo en conocimiento que la cubierta de salud conlleva una responsabilidad de pago que deberá realizarse al día primero de cada mes y si por alguna razón no se cumple con dicha responsabilidad SSBV podrá determinar de acuerdo a los periodos de gracia, según el Artículo 7 de la Ley Núm. 161 del año 2010, la cancelación del plan por incumplimiento de pago.

## AUTORIZACIÓN DE ENVIO DE MATERIALES POR CORREO ELECTRÓNICO Y RECIBO DE MENSAJES DE TEXTO

Al proveer en esta hoja de ingreso su dirección de correo electrónico o número de celular autorizo expresamente a Plan Médico SSBV, su afiliados, por si o por conducto de un tercer para el envío de avisos, facturas, informes, material informativo, educativo y de mercadeo, excepto conforme se dispone en el Artículo 14.140 del Código de Seguros de PR. Este consentimiento se entenderá continuo e ininterrumpido. El mismo puede ser revocado mediante comunicación al Dept. de Servicio al Cliente.

## AVISO ANTIFRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de ingreso o, que presentare, ayudare e hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de (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 (2) años.” (Código de Seguros Artículo 27.250)

## AUTORIZACIÓN PARA RECOPIRAR, USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN

Para Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc., es importante salvaguardar la información de salud protegida de nuestros clientes por eso trabajamos día a día para cumplir con ese propósito. Para que usted pueda ser el representante debidamente autorizado de la(s) personas quienes recibirán los beneficios de esta cubierta de salud, deberá hacer una autorización por escrito y es necesario que contenga 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 recopilara, usara o divulgara.
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 autorización, 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
7. evidencia de la autoridad para representar a la persona.
8. 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.
9. Una declaración informando 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 aplicable.

En adición, estoy de acuerdo en que una copia de esta solicitud será tan válida como el documento original. La misma será válida por 24 meses después de la fecha de efectividad. Una firma facsímil legible debe tener la misma efectividad que el original. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Datos importantes a considerar:

- Debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación a Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.
- La renovación no aplicará a la información que ha sido ya revelada en respuesta a esta autorización
- La renovación será efectiva después de recibida y trabajada por el Plan Medico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.
- Los beneficios de la cubierta de salud no quedaran 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 Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc., conduzca auditorias de las reclamaciones por servicios de cuidado de salud recibidos. Esta autorización se extiende a las auditorías realizadas conforme al Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y las leyes federales y estatales que sean aplicables.

- Con mi firma certifico que he leído el documento en su totalidad, que fui orientado, que acepto y entiendo todo lo aquí escrito. Que la información ofrecida por mí es cierta y está completa.

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Fecha

## REPRESENTANTE AUTORIZADO

[ ] ACH

CANTIDAD \$ \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CHEQUE O GIRO NÚM: \_\_\_\_\_

Nombre Del Representante Autorizado

Firma Del Representante Autorizado

Código de Representante Autorizado

## CERTIFICACIÓN

CERTIFICO QUE HE LEÍDO O ME FUE LEÍDA la información ofrecida por mí en esta solicitud y que la misma es cierta y está completa, de acuerdo con mi mejor conocimiento y entendimiento.

Plan Médico SSBV, Inc. Puede terminar su contrato con efecto retroactivo por motivo de fraude o tergiversación intencional de datos sustanciales de parte de la persona asegurada o de la persona que solicita un plan médico a nombre de otra persona.

ENTIENDO ADEMÁS, que si la póliza es cancelada asumiré la responsabilidad del costo de los servicios de salud que se presten a cualquiera de los miembros asegurados por la póliza, a partir de la fecha de cancelación. Cuando el asegurado principal es un menor, esa responsabilidad recae en el pagador.

Nombre del Pagador

Firma del Pagador

Fecha

Parentesco del Solicitante

Núm. de Identificación o Núm. de Licencia

Teléfono

Seguro Social del Pagador

Fecha de Nacimiento del Pagador

Dirección del Pagador