



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)			

SUSCRIPTOR PRINCIPAL

APELLIDOS, NOMBRE			ESTADO CIVIL			SEXO [] F [] M		
DIRECCIÓN POSTAL			DIRECCIÓN FÍSICA					
PUEBLO	PAÍS	CÓDIGO POSTAL	PUEBLO	PAÍS	CÓDIGO POSTAL			
SEGURO SOCIAL	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
NÚMERO DE CONTRATO	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
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:		

Será aplicable un periodo de espera de 90 días (salvo para servicios de emergencia) a toda suscripción fuera del Periodo Anua I 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:		NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA CUENTA:	
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. 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.

FECHA PARA EFECTUAR EL DÉBITO 1 15

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.

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 suscriptor 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 ENVÍO DE MATERIALES POR CORREO ELECTRÓNICO Y RECIBO DE MENSAJES DE TEXTO

Consiento de manera fehaciente al Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista de enviar avisos, facturas, informes, contratos, evidencia de cubierta, directorio de proveedores, formulario de medicamentos, SBC o cualquier otra información solicitada o material informativo sobre el plan médico por medios electrónicos mientras dure la relación de negocio, sin costo adicional. En adición, entiendo que tengo derecho a optar por los documentos impresos por correo postal o personalmente, sin costo adicional comunicándome al Dept. de Servicio al Cliente de la organización.

Entiendo que con este consentimiento soy responsable de mantener un correo electrónico actualizado para recibir documentos en formato PDF y/o capacidad para recibir mensajes de texto a través del dispositivo móvil. Cuando sea necesario, Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista me notificará cualquier cambio en las especificaciones del equipo o aplicación que sea necesaria para acceder o retener la información electrónica que me remita. Reconozco que la entrega electrónica de los documentos es estrictamente voluntaria y que la efectividad o validez de una cubierta no dependerá de mi consentimiento para el envío electrónico de documentos. No se podrá cancelar, negarse a emitir o negarse a renovar mi cubierta debido a mi negativa a consentir al envío electrónico.

Este consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento mediante comunicación al Departamento de Servicio al Cliente de Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista al teléfono (787) 833-8070 ó mediante correo electrónico a: info@planmedicobellavista.com en la cual especifico, como mínimo, mi nombre completo, número de contrato y fecha de efectividad de la revocación.

Iniciales

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 hiciera 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 RECOPILAR, 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 re divulgada 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.

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.

Iniciales

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 suscrita o de la persona que solicita un plan médico a nombre de otra persona.

ENTIENDO ADEMÁS, que si el contrato es cancelado asumiré la responsabilidad del costo de los servicios de salud que se presten a cualquiera de los miembros suscritos en el contrato, a partir de la fecha de cancelación. Cuando el suscriptor principal es un menor, esa responsabilidad recae en el pagador.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente

Fecha

Nombre del Pagador

Firma del Pagador

Fecha

Parentesco del Solicitante

Núm. de Identificación o Núm. de Licencia

Teléfono

Fecha de Nacimiento del Pagador

Seguro Social del Pagador

REPRESENTANTE AUTORIZADO (Para uso interno)

Nombre del Representante Autorizado

Firma del Representante Autorizado

Fecha