

La información que ofrezca en esta declaración será resguardada bajo estricta confidencialidad. La usará New Mexico Health Connections (NMHC) 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:	
Tipos de cobertura (marcar uno): <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s) ¿A cuantos hijos está inscribiendo? ____ <input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge <input type="checkbox"/> Familia		
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 NMHC 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 NMHC 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 NMHC.

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.