

Solicitud de portabilidad del seguro de indemnidad de atención hospitalaria



ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE PARA NEWYORK: Toda persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que es un delito, y además estará sujeta a una sanción civil que no podrá exceder de \$5,000 y el valor declarado del reclamo correspondiente a cada una de las violaciones de tal naturaleza.

Los residentes de los siguientes estados deben leer la última página de este formulario: **California, Colorado, District of Columbia, Florida, Kansas, Kentucky, Maryland, Minnesota, New Jersey, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, Tennessee, Texas o Virginia.**

Use este formulario para enviar su solicitud de continuación de la cobertura en virtud de la Cláusula de portabilidad de la Póliza. Complete el formulario y no se olvide de incluir su número del Seguro Social y fecha de nacimiento, y de firmar e ingresar la fecha de hoy.

Envíe el formulario completado a: Cigna Supplemental Health Solutions
PO Box 182201
Chattanooga, TN 37422

SECCIÓN PARA USO DEL EMPLEADOR – EL EMPLEADOR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Asegúrese de completar todos los puntos.

Empleador _____ N.º de póliza _____

Nombre del empleado _____ Clase _____

Fecha en que se completó la notificación _____ Fecha en que se proporcionó la notificación al empleado _____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura del empleado _____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura del cónyuge o la pareja de hecho _____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura del (de los) hijo(s) _____ Tipo de cobertura: Básica Voluntaria

Cobertura del seguro de indemnidad de atención hospitalaria en vigor el último día trabajado del empleado:

Plan 1 Plan 2 Custom Plan _____

¿El cónyuge o la pareja de hecho tenían cobertura? Sí No ¿El (los) hijo(s) tenía(n) cobertura? Sí No

Categoría de empleo Tiempo completo Tiempo parcial

Fecha de contratación _____ Último día trabajado _____ Fecha de terminación de la cobertura _____

Fecha de terminación del empleo _____

Motivo para iniciar la portabilidad: Cambio de clase Inactivo Licencia Huelga
 Finalización de la relación laboral Finalización de la disposición sobre continuación
 Suspensión de la relación laboral Servicio militar Jubilación

Firma del empleador _____ Fecha _____

Nota para el empleador: Asegúrese de consultar la póliza colectiva para conocer las limitaciones relacionadas con la portabilidad.

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Nombre _____ Apellido _____

Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono para comunicarse durante el día _____

Teléfono para comunicarse en las últimas horas de la tarde _____

INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE O LA PAREJA DE HECHO

Nombre _____ Apellido _____

Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino

¿Desea continuar la cobertura del seguro de indemnidad de atención hospitalaria para su cónyuge o pareja de hecho? Sí No

Nota: Solo es posible continuar la cobertura para su cónyuge o pareja de hecho si usted tenía cobertura para ellos cuando era un empleado activo.

Dé vuelta a la página para completar el formulario. Asegúrese de conservar una copia para sus registros.

Nombre del empleado _____ Número del Seguro Social _____

INFORMACIÓN SOBRE EL (LOS) HIJO(S)

¿Desea continuar la cobertura del seguro de indemnidad de atención hospitalaria para su(s) hijo(s) dependiente(s)? Sí No

¿A cuántos hijos cubrirá? _____

Nota: Solo es posible continuar la cobertura para su(s) hijo(s) dependiente(s) si usted tenía cobertura para él/ellos cuando era un empleado activo.

INFORMACIÓN GENERAL

- Elegibilidad:** Debe tener la cobertura de la póliza durante la cantidad de tiempo requerida y no puede superar la edad máxima para continuar con su cobertura. Si no cumple con estos requisitos, no será elegible para continuar con su cobertura. Puede consultar estas limitaciones en su Certificado.
- Tarifas:** Se seguirán aplicando las tarifas colectivas, pero las tarifas están sujetas a cambios.
- Fecha límite:** Tiene 31 días desde la fecha en que finalizó la cobertura para ejercer la opción de portabilidad. Envíe su formulario completado por correo postal o fax de inmediato.
- Fecha de entrada en vigor:** El seguro que se rige por la cláusula de portabilidad entrará en vigor en la fecha en que su seguro habría finalizado, si usted lo solicitó y se comprometió a pagar las primas correspondientes dentro de los 31 días de la fecha en que habría dejado de ser elegible.
- Cambios en la cobertura:** Si tiene alguna pregunta sobre cómo hacer cambios en esta cobertura, comuníquese con nuestro Centro de Servicio al Cliente llamando al 1-800-754-3207 para solicitar asistencia.
- Facturación:** Las facturas serán trimestrales; sin embargo, la primera factura puede ser por un período más corto o más largo dependiendo del ciclo de facturación. Después de la primera factura, recibirá su factura aproximadamente 30 días antes de la fecha de vencimiento. Para que su cobertura se mantenga vigente, debe pagar las primas puntualmente.

FIRMA

Si este formulario es firmado por un agente, como un apoderado, un tutor o un curador, se deberá adjuntar una copia del documento que le confiere al agente la facultad de firmar (por ejemplo, poder, documentación sobre la tutela, etc.).

Firme aquí



Firma del empleado _____ Fecha _____

Complete este formulario, fírmelo, féchelo y envíelo a:

Cigna Supplemental Health Solutions, P.O. Box 182201, Chattanooga, TN 37422 o por fax al 1-866-304-4323.

No entregue este formulario a su empleador.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Servicio al número gratuito 1-800-754-3207, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Este).

Los planes o las pólizas de seguro por lesiones accidentales, por enfermedad crítica y de atención hospitalaria son distribuidos exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, son administrados por Cigna Health and Life Insurance Company y están asegurados por (i) Cigna Health and Life Insurance Company (Bloomfield, CT); (ii) Life Insurance Company of North America ("LINA") (Philadelphia, PA); o (iii) New York Life Group Insurance Company of NY ("NYLGICNY") (New York, NY), antes conocida como Cigna Life Insurance Company of New York. El nombre de Cigna, el logotipo, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. LINA y NYLGICNY no son afiliadas de Cigna.

© 2022 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS RECLAMOS

Residentes de California: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida, será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o recluida en la prisión estatal.

Residentes de Colorado: Es ilegal suministrar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o que conduzcan a engaño a una compañía de seguros, con el fin de cometer fraude contra ella o intentar hacerlo. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro e indemnización por daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, suministre información o datos falsos, incompletos o que conduzcan a engaño al titular de una póliza o a la persona que presenta un reclamo, con el fin de cometer fraude contra dicho titular o dicha persona, o intentar hacerlo, con respecto a un arreglo negociado o laudo pagaderos con fondos del seguro, deberá denunciarse a la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras.

Residentes de District of Columbia: ADVERTENCIA: Suministrar información falsa o que conduzca a engaño a una aseguradora con el fin de cometer fraude contra dicha aseguradora u otra persona será considerado un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, la aseguradora podrá negarse a brindar los beneficios del seguro si el solicitante suministró información falsa relacionada sustancialmente con un reclamo.

Residentes de Florida: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de generar perjuicio, fraude o engaño a cualquier aseguradora, presente un comprobante de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o que conduce a engaño, es culpable de un delito grave de tercer grado.

Residentes de Kansas: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, (1) presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa; o (2) con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, podrá ser considerada culpable de fraude contra el seguro según se determine en sede judicial.

Residentes de Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito.

Residentes de Maryland: Toda persona que presente a sabiendas o intencionalmente un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o el pago de un beneficio, o que presente a sabiendas o intencionalmente información falsa en una solicitud de seguro, será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o recluida en prisión.

Residentes de Minnesota: Toda persona que presente un reclamo con la intención de cometer fraude o ayudar a cometer fraude contra una aseguradora será culpable de cometer un delito.

New Jersey: Toda persona que presente a sabiendas un comprobante de reclamo que contenga información falsa o que conduzca a engaño está sujeta a sanciones penales y civiles.

Residentes de Oregon: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa; o (2) con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, podrá haber cometido un acto fraudulento con respecto al seguro.

Residentes de Pennsylvania: Toda persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito, y estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Residentes de Rhode Island: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o el pago de un beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o recluida en prisión.

Residentes de Tennessee: Suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o que conduzca a engaño a una compañía de seguros, con el fin de cometer fraude contra ella, será considerado un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Residentes de Texas: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida, será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o recluida en la prisión estatal.

Residentes de Virginia: Toda persona que, con la intención de cometer fraude, o sabiendo que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o realice un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, podrá haber incurrido en violación de la ley estatal.