



CHRISTIAN
BROTHERS
SERVICES

Fideicomiso de
beneficios para empleados

1205 Windham Parkway

Romeoville, IL 60446

800.807.9460 / 630.378.3005 fax

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Campo de aplicación

La Inscripción especial aplica para usted o sus Dependiente(s) si usted/ellos son elegibles para cobertura bajo el plan de salud colectivo de su empleador, y califica bajo una de las condiciones de Inscripción especial descritas a continuación. Si usted califica bajo una de estas condiciones, complete el formulario en la siguiente página y envíelo a sus empleados en los siguientes **31 días** de la condición de Inscripción especial. Revisaremos la información proporcionada y notificaremos a su empleador con relación al estado de su cobertura.

Nota: La Inscripción especial aplica únicamente al plan de salud colectivo u otro seguro de salud.

Condiciones para Inscripción especial

Si usted anteriormente rechazó la inscripción para usted o su(s) Dependiente(s), usted o su(s) Dependiente(s) puede calificar para la Inscripción especial de acuerdo con las siguientes tres condiciones:

Condición 1. Pérdida de otra cobertura

- Usted o su(s) dependiente(s) estaban cubiertos bajo otro plan de salud colectivo o tenían otra cobertura de seguro de salud en el momento de la elegibilidad inicial, y rechazaron la inscripción únicamente por razones de la otra cobertura; **y**
- la otra cobertura terminó por la pérdida de elegibilidad (incluyendo la pérdida debido a divorcio o separación legal, muerte, terminación de empleo o reducción de las horas laborales), o por la terminación de las contribuciones del empleador (o, si la otra cobertura estaba bajo una cláusula de continuación del estado o COBRA, debido al agotamiento de la continuación).

La “Pérdida de elegibilidad” no incluye una pérdida porque el individuo no paga las primas puntualmente o la terminación de la cobertura por causa (como presentar un reclamo fraudulento o una falsa declaración de un hecho material con relación a la cobertura de salud). Las “Contribuciones del empleador” incluyen las contribuciones hechas por cualquier empleador, actual o anterior (del individuo o de otra persona), que contribuyen a la cobertura del individuo. La solicitud de inscripción bajo esta condición se debe hacer en los siguientes **31 días** después de la terminación de la otra cobertura de salud.

Condición 2. Dependiente(s) recién adquirido(s)

Usted ya está inscrito en el plan de salud de su empleador (o es elegible para ser inscrito pero no se ha inscrito durante un período de inscripción previo), y una persona se convierte en su Dependiente por medio de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

La solicitud de inscripción bajo esta condición se debe hacer en los siguientes **31 días** posteriores a:

- la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción; o
- la fecha en que la cobertura de salud del Dependiente esté disponible para usted de acuerdo con el plan, siempre y cuando usted esté inscrito (o sea elegible para ser inscrito, pero no se ha inscrito durante un período de inscripción anterior).

Condición 3. Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños de 2009 (Children’s Health Insurance Program Reauthorization of 2009, CHIP) Con la llegada del programa (**CHIP**), dos oportunidades de inscripción adicional aplican para usted o sus dependientes elegibles, si sucede alguno de los siguientes eventos:

- Terminación de Medicaid o (**CHIP**) por razones de pérdida de elegibilidad; o
- Llegar a ser elegible para asistencia de primas estatales bajo Medicaid o **CHIP**.

Usted o sus dependientes que sean elegibles pero no estén inscritos para cobertura bajo el Fideicomiso de beneficios para empleados de Christian Brothers tienen hasta **60 días** para solicitar cobertura bajo el plan de salud colectivo.

PARTE 1. A SER LLENADA POR EL EMPLEADO						
Nombre del empleado:						
N.º de Seguro Social del empleado:				Fecha de nacimiento del empleado:		
Dirección del empleado:						
Salario anual:				Ocupación:		
1. Califico para las siguientes Condiciones de inscripción especial (marque solamente una casilla):						
<input type="checkbox"/> A. Pérdida de otra cobertura. Complete lo siguiente si ha perdido otra cobertura de salud.						
Fecha en que finalizó la cobertura _____ Razón por la que finalizó la cobertura _____						
<input type="checkbox"/> B. Dependientes recién adquiridos. Complete lo siguiente si ha adquirido un nuevo Dependiente, según se describe en la primera página de este formulario.						
Evento:	<input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo <input type="checkbox"/> Adopción o colocación para adopción					
	Fecha del evento _____					
¿Su cónyuge actualmente está cubierto por el Fideicomiso de beneficios para empleados de Christian Brothers (Christian Brothers Employee Benefit Trust)?						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
2. Complete la siguiente información sobre Miembro/Dependiente:						
¿Actualmente tiene cobertura bajo el Plan colectivo de su Empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Solicito obtener cobertura bajo el Plan colectivo con las siguientes coberturas:						
<input type="checkbox"/> Solo empleado <input type="checkbox"/> Empleado y dependientes elegibles (según se define en su folleto <u>Sus beneficios de empleado</u>)						
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental (si aplica) <input type="checkbox"/> Vista (si aplica)						
Nota: La cobertura de Dependientes no se puede elegir si usted no cuenta con cobertura.						
Complete la sección a continuación, si selecciona cobertura para dependientes únicamente						
Indique el nombre de cada dependiente y responda cada pregunta para cada dependiente.	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Sexo F/M	¿Es usted el tutor legal?	Hijastro	Hijo discapacitado
Cónyuge:				<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>
Indique los menores a continuación						
Expreso que todas las declaraciones y respuestas indicadas anteriormente son verdaderas, completas y correctas. Estas serán parte de mi solicitud de cobertura. Estoy de acuerdo en que la cobertura para alguna de las personas para quien se hacen dichas declaraciones y respuestas no estarán vigentes hasta que CHRISTIAN BROTHERS HEALTH BENEFIT SERVICES las apruebe.						

PARTE II: FIRMAS			
Firma del empleado:		Fecha:	
Nombre de la ubicación:		Ubicación:	
Firma del empleador:		Cargo:	