SOLICITUD DE INGRESO GRUPO LARGE
RYDER HEALTH PLAN, INC.

RYDER HEALTH PLAN, INC. 353 AVE. FONT MARTELO SUITE 1, HUMACAO, PR, 00791 / TEL. (787) 852-0846 / (787) 988-7910

PATRONO		TELEFONO	
CUBIERTAS OPCIONALES		**FECHA DE EFECTIVIDAD SOLICITADA**	**FECHA DE INICIO EN EL EMPLEO**
☐ SEGURO GRUPAL DE VIAJE INTERNACIONAL	☐ CUBIERTA DENTAL EXTENDIDA	(mm/dd/yyyy)	(mm/dd/yyyy)

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO SUSCRITO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	INICIAL	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO (mm/dd/yyyy)

SEGURO SOCIAL	TELEFONO CELULAR	SEXO	EDAD	CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCION POSTAL 1	DIRECCION POSTAL 2	PUEBLO	Zip Code

ESTADO CIVIL ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ OTRO	DEPARTAMENTO / OCUPACIÓN
NUEVO ☐ CAMBIO ☐ CANCELACIÓN ☐ LEY COBRA ☐	¿TIENE PLAN MEDICO ADICIONAL? (COB) ☐ SÍ ☐ NO Si tiene, provea el nombre: _____ Fecha de Efectividad: _____ Tipo: ☐ Indiv. ☐ Pareja ☐ Fam.

CUBIERTA LARGE	COSTO DEL PLAN	APORTACION PATRONAL	APORTACION EMPLEADO
☐ PREMIUM			

PERSONAS A INCLUIRSE EN ESTE CONTRATO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	RELACION

AUTORIZACION DE DESCUENTO

Certifico que la información provista en esta solicitud es veraz y correcta. Asimismo, autorizo a cualquier entidad o persona que posea información médica relacionada conmigo o con mis dependientes elegibles, pertinente a mi plan de salud, a divulgarla a Ryder Health Plan, Inc. (RHP) cuando así sea requerida. Me comprometo a asumir cualquier costo incurrido por RHP como resultado de un uso indebido de esta cubierta, ya sea durante o con posterioridad a su período de vigencia. En caso de que mi patrono no efectúe el descuento correspondiente, acepto la responsabilidad de realizar el pago directamente a RHP. Además, autorizo a mi patrono a descontar de mi salario aquellas cantidades que, en el presente o en el futuro, deba pagar por concepto del plan de Ryder Health Plan, Inc.

_____ Firma del Suscriptor(a) o tutor

_____ Fecha y Lugar

SOBRE EL ACCESO A LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Yo reconozco que el Ryder Health Plan, Inc., en adelante el Plan, tiene un interés legítimo en conocer mi información protegida de salud, y la de mi grupo familiar, si se trata éste de una familia. Conforme a la Ley Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), esta información será protegida y se garantizan la confidencialidad en beneficio del Plan, con el propósito único de que dicho Plan tenga pleno acceso a esta información descrita, para fines exclusivos de tratamiento, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud, por un periodo de 24 meses.

AVISO ANTIFRAUDE

Conforme a las disposiciones de la Ley Número 230 del 9 de agosto de 2008, se señala que el Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone lo siguiente: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una Solicitud de Ingreso o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares ($5,000.00), ni mayor de diez mil dólares ($10,000.00) 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 dos (2) años."

_____	_____
Firma del Suscriptor(a) o tutor	Fecha y Lugar

AUTORIZACIÓN PARA RECOPILAR, USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN

Para Ryder Health Plan, Inc. es importante salvaguardar la información de salud protegida de nuestros suscriptores y nosotros trabajarnos día a día para cumplir con ese propósito.

Para que usted pueda ser el representante debidamente autorizado de la(s) persona(s) quienes recibirán los beneficios de esta cubierta de salud, debe hacerse por escrito y contener todo 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 recopilará usará o divulgará
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 evidencia de la autoridad para representar a la persona
7. 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
8. 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 aplicables.

Además, estoy de acuerdo en que una copia fotostática de esta solicitud será tan válida como el documento original y es válido por 24 meses después de la fecha de efectividad. Una firma facsímil legible debe tener la misma efectividad que el original. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocar esta autorización:

1. Debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación a Ryder Health Plan, inc.
2. La revocación no aplicará a la información que ha sido ya revelada en respuesta a esta autorización.
3. La revocación será efectiva después de recibida y trabajada por la unidad de Seguridad y Privacidad de Ryder Health Plan, Inc. Los beneficios de la cubierta de salud no quedarán 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 Ryder Health Plan, Inc. conduzca las 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.

_____ _____

Firma del Suscriptor(a) o tutor Fecha y Lugar

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE CUBIERTA, AVISOS Y OTROS DOCUMENTOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

Estoy de acuerdo en recibir, por parte de Ryder Health Plan, Inc., la cubierta, aviso o cualquier otro documento por medios electrónicos mientras dure la relación de negocio, sin costo adicional. También que tengo derecho a que se me envié la cubierta por correo o se me entregué personalmente, sin costo adicional.

Entiendo que la entrega de los documentos en forma electrónica es estrictamente voluntaria y que la efectividad o validez de una cubierta no dependerá de mi consentimiento para el envío electrónico de documentos. Soy responsable de mantener un correo electrónico valido para recibir documentos y/o la capacidad de recibir mensajes de texto vía teléfono móvil. No se podrá cancelar, negarse a emitir o negarse a renovar mi cubierta debido a mi negativa a consentir al envío electrónico.

Cuando sea necesario, se le notificará en detalle de cualquier cambio en las especificaciones del equipo o aplicación que sea necesario para acceder o retener los documentos o información electrónica que se le remita. Puedo revocar este consentimiento y/o actualizar mi información en cualquier momento mediante comunicación al Departamento de Servicio al Cliente Ryder Health Plan, Inc. al (787)988-7910. Ninguna notificación de cancelación o terminación de cubierta se realizará exclusivamente mediante envío electrónico; este tipo de notificación siempre se hará mediante correo postal o entrega personal.

_____ _____

Firma del Suscriptor(a) o tutor Fecha y Lugar