

Cobertura Médica suscrita por Memorial Hermann Health Insurance Company

**INSTRUCCIONES**

1. **Usted, el empleado, debe completar este Formulario de Inscripción de puño y letra. Usted es el único responsable de que la información sea exacta y completa.**
2. **Todas las preguntas deben responderse de forma completa; de lo contrario, se le devolverá el Formulario de Inscripción, ocasionando una demora en el procesamiento.**
3. **Debe escribir claramente en letra de molde utilizando tinta negra. No se aceptarán los Formularios de Inscripción escritos a máquina.**

**1. COBERTURA MHHIC SELECT PLUS**

<input type="checkbox"/>	Nombre del Plan	<input type="checkbox"/>	Nombre del Plan	<input type="checkbox"/>	Nombre del Plan	<input type="checkbox"/>	Nombre del Plan
<input type="checkbox"/>	Select 2500-70	<input type="checkbox"/>	Select 3000-80	<input type="checkbox"/>	Select 6600-100 Premier	<input type="checkbox"/>	Select 1500-100 HSA
<input type="checkbox"/>	Select 5000-70	<input type="checkbox"/>	Select 5000-80	<input type="checkbox"/>	Select 6600-100 Standard	<input type="checkbox"/>	Select 2000-100 HSA
<input type="checkbox"/>	Select 250-80	<input type="checkbox"/>	Select 500-85	<input type="checkbox"/>	Select Premier Copay	<input type="checkbox"/>	Select 3000-100 HSA
<input type="checkbox"/>	Select 500-80	<input type="checkbox"/>	Select 1500-100	<input type="checkbox"/>	Select Standard Copay	<input type="checkbox"/>	Select 5000-100 HSA
<input type="checkbox"/>	Select 1000-80	<input type="checkbox"/>	Select 2000-100	<input type="checkbox"/>	Select 3000-50 HSA	<input type="checkbox"/>	Select 6450-100 HSA
<input type="checkbox"/>	Select 1500-80	<input type="checkbox"/>	Select 3000-100	<input type="checkbox"/>	Select 5000-50 HSA	<input type="checkbox"/>	Plan Personalizado
<input type="checkbox"/>	Select 2000-80	<input type="checkbox"/>	Select 5000-100	<input type="checkbox"/>	Select 3000-80 HSA	<input type="checkbox"/>	Plan Personalizado
<input type="checkbox"/>	Select 2500-80	<input type="checkbox"/>	Select 5000-80 HSA				

**2. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO - Debe ser completada por el empleado.**

- Nueva Inscripción de Grupo   
  Inscripción Tardía   
  Nuevo Empleado   
  Fecha de vigencia de COBRA: \_\_\_\_\_  
 Incorporación a la Familia   
  Reinscripción   
  Cambio de Cobertura   
  Inscripción Abierta Anual   
  Continuación del Estado

APELLIDO	NOMBRE	Inicial 2º Nombre	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	Nº DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN POSTAL (A.P. no aceptable a menos que sea un A.P. rural)			Nº Apto.	Nº TELÉFONO PARTICULAR
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		NOMBRE DE SOLTERA DE LA SOLICITANTE/CÓNYUGE
NOMBRE DEL GRUPO	OCUPACIÓN / CARGO	FECHA DE CONTRATACIÓN A TIEMPO COMPLETO	Nº DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA	
Nº TELÉFONO DE LA EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO			

**Nota: Si alguno de los dependientes tiene una dirección diferente, por favor, escriba el nombre del dependiente, la relación con el empleado, y la dirección en una hoja separada y adjúntela a este formulario de inscripción.**

**3. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO / DEPENDIENTE Y PAREJA DOMÉSTICA – Incluya sus datos y los de los dependientes elegibles para quienes solicita cobertura.** Un "dependiente" elegible es el cónyuge legal de un empleado, tal como lo reconoce la ley de Texas, o la pareja doméstica; hijos o hijastros menores de 26 años; hijos adoptados menores de 26 años, incluyendo un niño por el cual el Empleado Elegible está esperando la sentencia de adopción; o nietos solteros que son menores de 26 años y son dependientes para fines de impuestos federales a los ingresos en el momento del formulario de inscripción.

Si la incorporación a la familia es el cónyuge, indique la fecha del matrimonio: \_\_\_\_\_

MHHIC puede requerir pruebas de que existe una relación de pareja doméstica para garantizar que se cumplan los requisitos de elegibilidad.

Relación	Sexo	Apellido	Nombre	Inic. 2º nbre.	¿Consumidor de Productos de Tabaco*?	Altura	Peso	¿Incapacitado?	Idioma Principal	¿La incapacidad afecta la capacidad para comunicar o leer?	Fecha de nacimiento Mes día año	Número de seguro social
Empleado	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cónyuge / Pareja Doméstica	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

\* Marque "Sí" si usted o el dependiente usa o ha usado tabaco un promedio de cuatro o más veces por semana durante los últimos seis meses, excluyendo usos religiosos o ceremoniales.

Según corresponda, el participante puede seleccionar un obstetra o ginecólogo para proporcionarle servicios de atención médica que están dentro del alcance de la práctica de la especialidad profesional de un obstetra o ginecólogo debidamente acreditado. El participante puede designar la selección aquí:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El participante no está obligado a seleccionar un obstetra o ginecólogo, sino que puede recibir servicios obstétricos o ginecológicos de su médico de cabecera o proveedor de atención primaria.

**4. RENUNCIA A LA COBERTURA – Debe completarse si un empleado elegible y/o los miembros de su familia elegibles renuncian o rechazan una cobertura.**

**A. Renuncia a la Cobertura Médica de Grupo (por favor, marque el cuadro o escriba la información solicitada)**

	Titular	Cónyuge	Dependiente(s)
Cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge/pareja doméstica –			
Indicar el nombre de la compañía de seguros			
Indicar el número de identificación			
Inscrito en un plan de cualquier otra compañía de seguros –			
Indicar el nombre de la compañía de seguros			
Indicar el número de identificación			
Medicare			
Cubierto por TRICARE			
Otros (explicar):			

Reconozco que la cobertura disponible me ha sido explicada por el Grupo y sé que tengo el derecho de inscribirme en la cobertura. He tenido la posibilidad de inscribirme en esta cobertura y he decidido no inscribirme y/o no inscribir a mi(s) dependiente(s), en su caso. He tomado esta decisión voluntariamente y nadie ha intentado ejercer ningún tipo de influencia ni presión sobre mí para que renuncie a la cobertura. Al rechazar esta cobertura médica de grupo (a menos que el empleado y/o el/los dependiente/s ya tengan cobertura médica de grupo en otra compañía\*), reconozco que si deseo inscribirme en una fecha posterior, mi(s) dependiente(s) y yo deberemos esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta anual del Grupo.

X

**Firme aquí si renuncia a la cobertura para el empleado / dependiente(s)**

**Fecha (Mes / Día / Año)**

\* Si usted renuncia a la cobertura para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge/pareja doméstica) debido a otra cobertura de seguro de salud, puede que usted pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de realizar las contribuciones correspondientes a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, deberá solicitar la inscripción dentro de los 31 días de la fecha de finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o dentro de los 31 días de la fecha en que el empleador haya dejado de realizar las contribuciones correspondientes a la otra cobertura). Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción (un "evento calificante"), usted puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en ese momento. Sin embargo, deberá solicitar la inscripción dentro de los 31 días de la fecha del evento calificante.

**5. CUESTIONARIO DE SALUD PARA GRUPOS QUE INSCRIBEN A 51 O MÁS EMPLEADOS.**

1. Durante los últimos 10 años, ¿alguna persona mencionada en este Formulario de Inscripción ha presentado signos o síntomas, ha tenido una consulta, ha recibido consejos, ha solicitado un diagnóstico o tratamiento, ha recibido recomendaciones para el tratamiento (incluyendo medicamentos), o ha sido hospitalizada a causa de alguno de los siguientes trastornos?:	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Enfermedad cardiovascular o deficiencias cardíacas; accidente cerebrovascular; deficiencias renales, estomacales, intestinales o hepáticas; afecciones mentales o nerviosas; trastornos en el sistema nervioso central; diabetes; trastornos en los pulmones o en el sistema respiratorio o cáncer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante los últimos 10 años, ¿alguna persona mencionada en este Formulario de Inscripción ha sido diagnosticada médicamente con un trastorno de inmunodeficiencia (SIDA), complejo relacionado con el SIDA o ha recibido un diagnóstico de VIH positivo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante los últimos 24 meses ¿alguna persona mencionada en este Formulario de Inscripción se ha sometido a una cirugía o ha sido confinada a un hospital, sanatorio, centro para convalecientes o centro de atención especializada, o ha incurrido en gastos médicos por más de \$5,000? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alguna persona mencionada en este Formulario de Inscripción:		
a. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento, recibe asesoramiento o toma medicamentos para algún trastorno o enfermedad? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Está actualmente embarazada o, en caso de ser hombre está esperando un hijo con alguna persona, que esté enumerada o no en este Formulario de Inscripción? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, escriba la fecha del parto (Mes, Día, Año) _____		
c. ¿Ha consumido productos de tabaco durante los 2 últimos años? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. CUESTIONARIO DE SALUD PARA GRUPOS QUE INSCRIBEN A 51 O MÁS EMPLEADOS (Continuación)**

*Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, complete la siguiente sección: (Puede adjuntar hojas adicionales, si es necesario.)*

Nombre del paciente: _____	Nombre del paciente: _____
Trastorno/enfermedad: _____	Trastorno/enfermedad: _____
Fechas de tratamiento: Desde _____ Hasta _____	Fechas de tratamiento: Desde _____ Hasta _____
Tratamiento recibido: _____	Tratamiento recibido: _____
¿Aún bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Aún bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicamentos recibidos y dosis administrada: _____	Medicamentos recibidos y dosis administrada: _____
Fecha: Desde _____ Hasta _____	Fecha: Desde _____ Hasta _____
Nombre/domicilio del proveedor del tratamiento: _____	Nombre/domicilio del proveedor del tratamiento: _____

**6. OTRA COBERTURA MÉDICA PARA TODOS LOS EMPLEADOS QUE SE INSCRIBEN Y SUS DEPENDIENTES (Deben responderse todas las preguntas.)**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Alguna persona mencionada en este Formulario de Inscripción pretende continuar con otra Cobertura de Grupo si se acepta esta Solicitud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, escriba el nombre de la persona: _____		
Compañía de seguros _____ N° de póliza _____		
2. ¿Alguna persona que solicita cobertura es elegible para Medicare? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, Nombre: _____		

**7. AUTORIZACIÓN/DECLARACIÓN DE REVELACIÓN (La siguiente Autorización debe ser firmada por cada empleado que solicita la cobertura.)**

**Acepto que:** Toda la información contenida en este formulario es correcta y verdadera. Entiendo que constituye la base sobre la cual se emite la cobertura proporcionada por el plan. Autorizo además a mi Grupo a deducir de mis ingresos mi contribución necesaria, si la hubiera, para el costo de este plan. Certifico que estoy trabajando en el centro de operaciones del Grupo en un empleo permanente al menos 30 horas por semana.

Entiendo que la Solicitud de mi Grupo determinará la cobertura y que no habrá cobertura a menos y hasta que mi Formulario de Inscripción y la Solicitud del Grupo hayan sido aceptados y aprobados por MHHIC.

Declaro que he leído este formulario y entiendo que aunque este formulario sea aprobado por MHHIC, cualquier afirmación errónea u omisión en el mismo relativo a mí o a mi cónyuge/pareja doméstica, según corresponda, puede ocasionar el rechazo de futuras reclamaciones o bien la rescisión o reevaluación de mi cobertura y/o de la cobertura de mi cónyuge/pareja doméstica proporcionada por el Plan del Grupo con retroactividad a la fecha de entrada en vigencia de mi póliza, a los efectos de elegibilidad y evaluación.

**Solicito la cobertura del Plan de Proveedores Participantes:** Entiendo que soy responsable de una mayor parte de mis costos médicos cuando uso a un proveedor no participante.

**Autorizo** a cualquier plan de salud, médico, profesional de atención médica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia o administrador de los beneficios de farmacia, centro médico u otro proveedor de atención médica ("Mis Proveedores") que haya proporcionado un pago, un tratamiento o servicios a mí o a cualquiera de mis dependientes que también solicite cobertura, a revelar la totalidad de los antecedentes médicos, la historia clínica, los medicamentos recetados y cualquier otra información de salud protegida relativa a mí o a cualquiera de mis dependientes que también solicitan la cobertura, a Memorial Hermann Health Insurance Company (MHHIC) o a su agente designado. Esta información incluye datos sobre el diagnóstico o tratamiento de la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual. Incluye también información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y del consumo de alcohol, drogas y tabaco, pero no incluye los casos de psicoterapia.

Al firmar a continuación, reconozco que cualquier acuerdo celebrado para restringir la información de salud protegida no se aplicará a este formulario de inscripción y faculto a cualquier médico, profesional de atención médica, hospital, clínica, centro médico u otro proveedor de atención médica a revelar y divulgar la totalidad de los antecedentes médicos sin restricciones.

Esta información de salud protegida debe revelarse de acuerdo con esta Autorización para que MHHIC pueda: 1) suscribir mi formulario de inscripción para la cobertura, tomar decisiones de elegibilidad, evaluación del riesgo, emisión de póliza e inscripción; 2) obtener reaseguro; 3) administrar las reclamaciones y determinar o hacer cumplir la responsabilidad de la cobertura y la provisión de beneficios; 4) administrar la cobertura; y 5) llevar a cabo otras actividades permitidas por la ley relativas a cualquier cobertura que posea o que haya solicitado de MHHIC.

Esta Autorización tendrá vigencia durante 36 meses a partir de la fecha de la firma que aparece a continuación y una copia de esta Autorización es tan válida como el original. Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización por escrito, en cualquier momento, presentando una notificación escrita a MHHIC. Entiendo que una revocación no entrará en vigencia en la medida en que alguno de mis proveedores ya se haya basado en esta Autorización para revelar información sobre mí o sobre alguno de mis dependientes que también solicita cobertura o en la medida en que MHHIC tenga un derecho legal de impugnar una reclamación de acuerdo con una póliza de seguro o de impugnar la póliza misma. Entiendo que cualquier información que se revele en conformidad con esta Autorización ya no estará protegida por las reglas federales que rigen la privacidad y la confidencialidad de la información de salud, pero no será divulgada nuevamente por MHHIC, excepto que yo lo autorice o según lo dispuesto por la ley vigente.

**AUTORIZACIÓN/DECLARACIÓN DE REVELACIÓN** (Continuación)

Entiendo que mis proveedores no pueden negarse a brindar tratamiento o pago por los servicios de atención médica si me niego a firmar esta Autorización. Además, comprendo que si me niego a firmar esta Autorización para divulgar la totalidad de los antecedentes médicos, MHHIC no podrá procesar mi formulario de inscripción, o si se ha emitido la cobertura, no podrá efectuar ningún pago de beneficios. Entiendo que cualquier representante autorizado, agente designado por MHHIC o yo recibiremos una copia de esta autorización al solicitarla.

Entiendo que la Solicitud de mi Grupo determinará la cobertura en vigor y que la cobertura no entrará en vigor hasta que mi Formulario de Inscripción y la Solicitud del Grupo hayan sido aceptados y aprobados por MHHIC.

**Acuerdo de Arbitraje:** Entiendo que cualquier disputa entre MHHIC y yo puede estar sujeta a arbitraje vinculante. El arbitraje se llevará a cabo de conformidad con el reglamento comercial aplicable de la Asociación Norteamericana de Arbitraje y los estatutos aplicables de Texas que rigen dicho arbitraje. El arbitraje será vinculante únicamente si ambas partes están de acuerdo y el arbitraje se llevará a cabo en el condado donde el titular de la Evidencia de Cobertura o, si es aplicable, el beneficiario reside. Al firmar este Formulario de Inscripción, no estoy consintiendo al arbitraje vinculante. Si me estoy inscribiendo en un plan patrocinado por el Grupo que está sujeto a ERISA, entiendo que cualquier disputa que involucre una decisión adversa de beneficio puede ser referida a arbitraje vinculante voluntario sólo luego de que el proceso de apelación de ERISA haya sido completado.

Este formulario fue completado por otra persona. Yo, el solicitante, declaro que he leído toda la información proporcionada en las respuestas a las preguntas de este formulario y declaro y garantizo a MHHIC que dicha información es verdadera, completa y exacta a partir de la fecha de la presente, y que si hubiera completado este formulario yo mismo/a, la información provista sería la misma.

He completado este formulario personalmente. Yo declaro a MHHIC que he leído toda la información proporcionada en las respuestas a las preguntas de este formulario y garantizo a MHHIC que dicha información es verdadera, completa y exacta a partir de la fecha de la presente.

Yo reconozco que he leído y entiendo este formulario en su totalidad.

FIRMA DEL EMPLEADO (Requerida)	FECHA DE HOY (Requerida)
X	

FIRMA DEL CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA DEL EMPLEADO (Si solicita la cobertura)	FECHA DE HOY (Requerida)
X	

**Los formularios de inscripción incompletos se devolverán por correo para que los complete. Esto puede demorar la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.**