

INSTRUCCIONES

1. Usted, el empleado, debe completar este formulario de inscripción a mano. Usted es el único responsable de su exactitud y que esté completo.
2. Todas las preguntas se deben responder totalmente o el formulario de inscripción puede serle devuelto, produciendo un retraso en el procesamiento.
3. Imprima con claridad usando tinta negra. No se aceptarán formularios de inscripción escritos a máquina.

2 - COBERTURA MÉDICA

Plan Sin Deducible

Select Gold 001 HMO

Planes de Beneficios a elección del consumidor

Usted tiene la opción de elegir este plan de atención de la salud de la Organización de Mantenimiento de la Salud Consumer Choice of Benefits que, en su totalidad o en parte, no proporciona beneficios de salud ordenados por el estado que se requieren normalmente en evidencias de cobertura en Texas. Este plan de beneficios de salud estándar puede proporcionar un plan de atención de la salud más asequible para usted aunque, al mismo tiempo, puede proporcionarle a usted menos beneficios del plan de atención de la salud que los incluidos normalmente como beneficios de salud ordenados por el estado en Texas. Si usted elige este plan de beneficios de salud estándar, consulte con su agente de seguros para descubrir cuáles beneficios de salud ordenados por el estado están excluidos en esta evidencia de cobertura.

Select Gold 2000-100 HMO Select Bronze 6450 HSA HMO
 Select Silver 2500-100 HMO Select Bronze 5500 HSA HMO

2. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO - La debe llenar el empleado.

- Nueva inscripción de grupo Inscripción tardía Nueva contratación Fecha de vigencia COBRA: | _____ |
 Agregar familia Re-inscripción Cambio de cobertura Inscripción anual abierta Continuación Estado

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	2DO NOMBRE	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	NO. DE SEGURO SOCIAL.
DOMICILIO (NO se acepta Apartado Postal, a menos que sea apartado postal rural)			APT. NO.	NO. TELÉFONO RESIDENCIAL
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	EMPLEADO/ NOMBRE DE SOLTERA DE CÓNYUGE	
NOMBRE DE GRUPO	OCUPACIÓN / CARGO	FECHA CONTRATACIÓN TIEMPO COMPLETO	NO. DE SEGURO SOCIAL DE COMPAÑERO DOMÉSTICO/ CÓNYUGE	
NO. DE TELÉFONO COMERCIAL.	CORREO ELECTRÓNICO			

Nota: Si cualquier dependiente tiene una dirección diferente, escriba el nombre del dependiente, relación con el empleado y dirección en una hoja separada y adjunte la misma a este formulario de inscripción.

3. INFORMACIÓN DEL COMPAÑERO DOMÉSTICO Y DEPENDIENTE /EMPLEADO - Inclúyase usted mismo y solo los dependientes elegibles que soliciten cobertura. Un "dependiente" elegible es el cónyuge legítimo de un empleado reconocido bajo la ley de Texas, o compañero doméstico; los niños o hijastros menores de 26 años; hijos adoptados menores de 26 años, incluyendo un hijo para quien el Empleado Elegible es parte de una demanda para adoptar; o nietos no casados menores de 26 años y dependientes para fines de impuesto sobre la renta federal al momento de este formulario de inscripción.

Si la adición familiar es cónyuge, indique fecha de matrimonio: | _____ |

Si la adición familiar es compañero doméstico, adjunte una declaración jurada.

Relación	Sexo	Apellido	Primer Nombre	M.I.	¿Usuario de productos de tabaco?	¿Discapacitado?	Lengua materna	¿La discapacidad le afecta capacidad para leer o comunicarse?	Fecha Nacim. Mes Día Año	Número de Seguro Social
Empleado	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Femen				<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 /Compañ. doméstico	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Femen				<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"/> Masc <input type="checkbox"/> Femen				<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"/> Masc <input type="checkbox"/> Femen				<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"/> Masc <input type="checkbox"/> Femen				<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 utilizan o han utilizado Tabaco un promedio de cuatro o más veces por semana dentro de los últimos seis meses, excluyendo uso religioso o ceremonial.

Según se aplique, el inscrito puede seleccionar un obstetra o ginecólogo tal como se establece en el Código de Seguro de Texas, Capítulo 1451, Subcapítulo F. El inscrito puede designar la selección aquí:

Al inscrito no se le requiere seleccionar un obstetra o ginecólogo, pero puede, en su lugar, recibir servicios obstétricos o ginecológicos de su médico de atención primaria o proveedor de atención primaria.

4. NEGACIÓN DE COBERTURA - *Se debe llenar si alguna cobertura es negada o rechazada por un empleado elegible y/o los miembros elegibles de su familia.*

A. Cobertura Médica de Grupo Rechazada (marque la casilla o escriba la información solicitada)			
	Mí mismo(a)	Cónyuge	Dependiente(s)
Bajo cobertura de grupo del cónyuge/compañero doméstico – Nombre de la Compañía de Seguro de Vida:			
Citar Número de Identificación			
Inscrito en cualquier otro Plan de Compañía de Seguro – Citar Nombre de Compañía de Seguro:			
Citar Número de Identificación			
Medicare			
Cubierto por TRICARE			
Otro (Explicar):			

Reconozco que la cobertura disponible me ha sido explicada por el Grupo y sé que tengo el derecho de inscribirme en la cobertura. Me han dado la oportunidad de inscribirme en esta cobertura y he decidido no inscribirme yo y/o mi(s) dependiente(s), si los hubiere. He tomado esta decisión voluntariamente y nadie ha influido en mí ni me ha presionado para rechazar la cobertura. Al negar esta cobertura médica de grupo (a menos que el empleado y/o dependientes tengan una cobertura médica de grupo en otro lugar*), reconozco que si deseo inscribirme en una fecha posterior, mi(s) dependiente(s) y yo tendremos que esperar hasta el siguiente periodo anual de inscripción abierta del Grupo.

x

Firma si rechaza cobertura para empleado / dependiente(s) **Fecha (Mes / Día/ Año)**

* Si usted está rechazando cobertura para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge / compañero doméstico) debido a otra cobertura de seguro médico, puede inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir hacia la otra cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar inscripción en un plazo de 31 días desde la fecha en que termina la otra cobertura de usted o sus dependientes (o en un plazo de 31 días desde la fecha en que el empleador deja de contribuir con la otra cobertura). Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción (un “evento que califique”), puede inscribirse usted y sus dependientes en ese momento. Sin embargo, usted debe solicitar inscripción en un plazo de 31 días después del evento que califica.

5. OTRA COBERTURA MÉDICA PARA TODOS LOS EMPLEADOS Y DEPENDIENTES QUE SE INSCRIBEN *(Se deben responder todas las preguntas.)*

	Sí	No
1. ¿Alguna persona en este formulario de inscripción tiene la intención de continuar con la otra cobertura del Grupo si se acepta este formulario de inscripción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, nombre de la persona: _____		
Compañía de Seguro. _____ No. de Póliza _____		
2. ¿Alguna persona que solicita cobertura es elegible para Medicare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, nombre: _____		

6. DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN/ DIVULGACIÓN (La siguiente autorización la debe firmar cada empleado que solicite cobertura.)

Acepto: Toda la información en este formulario es correcta y verdadera. Entiendo que es la base sobre la que se emite la cobertura bajo este plan. Autorizo además al Grupo a deducir mi contribución, si la hubiere, de mis ingresos hacia el costo de este plan. Certifico que estoy trabajando en el lugar de negocios del Grupo en un empleo permanente durante al menos 30 horas a la semana.

Entiendo que la Solicitud de mi Grupo determinará la cobertura y que no hay cobertura, a menos que, y hasta que mi formulario de Inscripción y las Solicitudes del Grupo hayan sido aceptadas y aprobadas por MHHP.

Declaro que he leído y que incluso si es aprobada por MHHP, cualquier manifestación falsa u omisiones en la misma relacionadas conmigo o con mi cónyuge/ compañero doméstico, tal y como se aplique, pueden producir que se nieguen reclamaciones futuras, o que mi cobertura y/o la cobertura de mi cónyuge/ compañero doméstico bajo el Plan del Grupo sea rescindida o re-evaluada como retroactiva a mi fecha efectiva para elegibilidad y propósitos de calificación.

Acuerdo de Arbitraje: Entiendo que cualquier disputa entre MHHP y yo puede someterse a arbitraje obligatorio. El arbitraje será conducido de conformidad con las normas comerciales aplicables de la Asociación Estadounidense de Arbitraje y ordenanzas aplicables de Texas que rigen este arbitraje. El arbitraje será obligatorio sólo si ambas partes lo aceptan y el arbitraje ocurrirá en el país donde reside el titular de la Evidencia de Cobertura o, si aplica, el beneficiario. Al firmar esta Solicitud, no estoy aceptando un arbitraje obligatorio. Si me estoy inscribiendo en un plan patrocinado por el Grupo que está sometido a ERISA, entiendo que cualquier disputa que involucre una decisión de beneficio adversa puede someterse a arbitraje obligatorio voluntario solo después de que se ha completado el proceso de apelación de ERISA.

Esto fue llenado por alguien distinto a mí. Yo, el inscrito, declaro que he leído toda la información proporcionada como respuestas en el presente formulario y manifiesto y garantizo a MHHP que esta información es correcta, completa y exacta a la fecha actual, y si hubiese completado esto por mí mismo, la información proporcionada en el formulario de inscripción seguiría siendo la misma.

Completado. Declaro a MHHP que he leído toda la información dada en respuesta a las preguntas formuladas y manifiesto a MHHP que esta información es verdadera, completa y exacta a la fecha actual.

Reconozco que he leído y entiendo esto en su totalidad.

FIRMA DEL EMPLEADO (Se requiere)	FECHA DE HOY (Se requiere)	FIRMA DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO DOMÉSTICO DEL EMPLEADO (Si solicita cobertura)	FECHA DE HOY (Se requiere)
X		X	

Los formularios de inscripción incompletos se le devolverán a usted para que los llene. Esto puede retrasar la fecha efectiva de su cobertura.