

Cobertura Médica asegurada por Memorial Hermann Health Insurance Company

**INSTRUCCIONES**

- Usted, el empleado, debe completar esta solicitud de puño y letra. Usted es el único responsable de que la información sea exacta y completa.**
- Todas las preguntas deben responderse de forma completa; de lo contrario, se le devolverá la solicitud, ocasionando una demora en el procesamiento.**
- Debe escribir claramente en letra de molde y utilizar tinta negra. No se aceptarán las solicitudes escritas a máquina.**

**1. COBERTURA**

**PLANES MHHIC METAL**

<input type="checkbox"/> [Platinum 500 PPO]	<input type="checkbox"/> [Gold 1000 PPO]	<input type="checkbox"/> [Silver 2000 PPO]	<input type="checkbox"/> [Bronze 3000 HSA PPO]
	<input type="checkbox"/> [Gold 1500 PPO]	<input type="checkbox"/> [Silver 2000 HSA PPO]	<input type="checkbox"/> [Bronze 5000 PPO]
	<input type="checkbox"/> [Gold 2000-2500 PPO]	<input type="checkbox"/> [Silver 2500 HSA PPO]	<input type="checkbox"/> [Bronze 5250 PPO]
	<input type="checkbox"/> [Gold 2000-3500 PPO]	<input type="checkbox"/> [Silver 3000 PPO]	<input type="checkbox"/> [Bronze 5500 HSA PPO]
	<input type="checkbox"/> [Gold Copay PPO]	<input type="checkbox"/> [Silver 3000 HSA PPO]	<input type="checkbox"/> [Bronze 6600 PPO]
		<input type="checkbox"/> [Silver 4000 PPO]	
		<input type="checkbox"/> [Silver Copay PPO]	

**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 EMPLEADOR	OCUPACIÓN / CARGO	FECHA DE CONTRATACIÓN A TIEMPO COMPLETO	Nº DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE	
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 esta solicitud.**

**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*?	¿INCAPACITADO?	FECHA DE NACIMIENTO Mes Día Año	NUMERO 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		
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"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				<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"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				<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.

**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)**

	<b>Titular</b>	<b>Cónyuge</b>	<b>Dependiente(s)</b>
Cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge/pareja doméstica – Indicar el nombre de la compañía de seguros:			
Indicar el número de identificación			
Inscrito/a en uno de los planes de otra Compañía de seguros – Indicar el nombre de la compañía:			
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. 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 este formulario de inscripción?.....	<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: _____		

**6. AUTORIZACIÓN/DECLARACIÓN DE REVELACIÓN** (La siguiente Autorización debe ser firmada por todos los empleados que solicitan 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.

**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 del Certificado o, si es aplicable, el beneficiario reside. Al firmar esta Solicitud, 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 de inscripción 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.**