

INSTRUCCIONES

- Usted, el empleado, debe completar este formulario de inscripción de su puño y letra. Usted es el único responsable de su exactitud y exhaustividad.
- Todas las preguntas deben contestarse en su totalidad o se le retornará el formulario de inscripción, lo que provocará un retraso en su tramitación.
- Escriba en mayúsculas utilizando tinta negra. No se aceptarán formularios de inscripción mecanografiados.

1. COBERTURA MÉDICA

Plan sin deducible Select 001 HMO

Planes de Elección de Beneficios para el Consumidor

Usted tiene la opción de elegir este plan de atención médica de la Organización para el Mantenimiento de la Salud con Elección de Beneficios para el Consumidor que, en parte o en su totalidad, no proporciona beneficios médicos que normalmente exige el estado de Texas en evidencias de cobertura. Este plan de beneficios médicos estándar podrá proporcionarle un plan médico más económico aunque, al mismo tiempo, le proporcionará menos beneficios del plan médico que los que normalmente se exigen en el estado de Texas. Si elige este plan de beneficios médicos estándar, consulte con su agente del seguro para averiguar cuáles son los beneficios médicos exigidos por el estado que han quedado excluidos en esta evidencia de cobertura.

| Nombre del plan | Nombre del plan |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Select 002 HMO | <input type="checkbox"/> Select 6600-100 Standard HMO |
| <input type="checkbox"/> Select 2000-100 HMO | <input type="checkbox"/> Select 3000-100 HSA HMO |
| <input type="checkbox"/> Select 3000-80 HMO | <input type="checkbox"/> Select 6550-100 HSA HMO |
| <input type="checkbox"/> Select 5000-100 HMO | |

2. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO - Debe ser completado por el empleado.

- Nueva inscripción grupal
 Inscripción tardía
 Nueva contratación
 Fecha de entrada en vigor de COBRA: | _____ |
 Adición familiar
 Reinscripción
 Cambio de cobertura
 Inscripción anual abierta
 Continuación del estado

| | | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------|--|--|
| APELLIDOS | NOMBRE | INICIALES NOMBRE DEL SEGUNDO | ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado | NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL |
| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (No se aceptará EL apartado de correos salvo que se trate de una zona rural) | | | NÚMERO DE APARTAMENTO | NÚMERO DE TELÉFONO FIJO |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | | APELLIDO DE SOLTERA DE LA CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO/EMPLEADA |
| NOMBRE DEL GRUPO | OCUPACIÓN/ PUESTO DE TRABAJO | FECHA DEL CONTRATO INDEFINIDO | | NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO |
| NÚMERO DE TELÉFONO COMERCIAL | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | | |

Tenga en cuenta que: Si algún dependiente tiene una dirección diferente, escriba el nombre del dependiente, la relación que mantiene con el empleado y la dirección en una hoja separada que irá adjunta a este formulario de inscripción.

3. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO/DEPENDIENTE Y LA PAREJA DE HECHO - Escriba su nombre y únicamente el de los dependientes que sean elegibles y que soliciten cobertura. Un "dependiente" elegible es el cónyuge legítimo de un empleado tal y como lo reconoce la Ley de Texas, o su pareja de hecho; hijos o hijastros que sean menores de 26 años; hijos adoptados menores de 26 años, incluido un hijo con el que el Empleado Elegible guarda relación por una demanda de adopción; hijos, que sean menores de 26 años para los que el Empleado Elegible está sujeto a una orden de asistencia médica emitida por un tribunal; hijos del Empleado Elegible o del Cónyuge de cualquier edad, quienes, antes de llegar a la edad límite, sean incapaces de mantenerse a sí mismos por una deficiencia mental o discapacidad física continuadas y que sean principalmente dependientes del Empleado Elegible; hijos del Empleado Elegible o del Cónyuge, de cualquier edad, que sean: (i) incapacitados, con un certificado médico que lo acredite; y (ii) dependientes del padre o madre; o nietos no casados que sean menores de 26 años y dependientes a efectos del impuesto federal sobre la renta en el momento en que se complete este formulario de inscripción.

Si la adición familiar es el cónyuge, especifique la fecha del matrimonio: | _____ |

Si el familiar añadido es la pareja de hecho, adjunte la declaración jurada.

| Relación | Sexo | Apellidos | Nombre | Iniciales del segundo nombre | ¿Consumidor de productos del tabaco*? | Altura | Peso | ¿Discapacitado? | Lengua materna | ¿La discapacidad afecta la capacidad para comunicarse o escribir? | Fecha de nacimiento Mes Día Año | Número del 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 de hecho | <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 consumen tabaco o han consumido tabaco una media de cuatro veces o más a la semana en los últimos seis meses, sin tener en cuenta consumos religiosos o ceremoniales.

Según corresponda, el solicitante puede seleccionar un obstetra o ginecólogo tal y como se establece en Capítulo 1451, Subcapítulo F del Código de Seguros de Texas. El Inscrito puede indicar su selección aquí:

El Inscrito no está obligado a seleccionar un obstetra o ginecólogo, pero, en cambio, puede recibir servicios de obstetricia o ginecología de su médico de atención primaria o de su proveedor de atención primaria.

4. RENUNCIA A LA COBERTURA - Debe ser completada si se rechaza o se renuncia a cualquier cobertura por parte de un empleado elegible y/o por sus familiares elegibles.

| A. Renuncia a la cobertura médica grupal (marque la casilla o escriba la información solicitada) | | | |
|--|-----------|-------------------------------------|---------------------|
| | Yo | Cónyuge/ Pareja de hecho | Dependientes |
| Cubierto por el grupo de cobertura del cónyuge/pareja de hecho - Escriba el nombre de la compañía de seguros: | | | |
| Escriba el Número de identidad | | | |
| Inscrito en otro Plan de Seguros - Escriba el nombre de la compañía de seguros: | | | |
| Escriba el Número de identidad | | | |
| Medicare | | | |
| Cubierto por TRICARE | | | |
| Otros (explicación): | | | |

Certifico que el Grupo me ha explicado la cobertura disponible y que soy consciente de que tengo el derecho de inscribirme para recibir cobertura. He tenido la oportunidad de inscribirme para recibir esta cobertura y he decidido no inscribirme ni a mí, ni a mi(s) dependiente(s), si los hubiera. He tomado esta decisión de forma voluntaria y nadie me ha influenciado o coaccionado para renunciar a dicha cobertura. Renunciando a esta cobertura médica grupal (salvo que el empleado y/o los dependientes tengan otra cobertura médica grupal con otra compañía*), entiendo que si deseo inscribirme en una fecha posterior, mi(s) dependiente(s) y yo deberemos esperar hasta el próximo periodo de inscripción anual abierto del Grupo.

x _____

Firma si se renuncia a la cobertura para el empleado/dependiente(s) **Fecha (Mes/Día/Año)**

* Si está renunciado a la cobertura para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge/pareja de hecho) porque ya tiene otra cobertura de seguro de salud, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir en la otra cobertura para usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de un periodo de 31 días después de que termine la otra cobertura para usted o sus dependientes (o en un plazo de 31 días después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente fruto de un matrimonio, nacimiento, adopción o acogimiento con fines adoptivos, o en caso de ser el solicitante de una demanda de adopción, (un "evento elegible"), podrá inscribirse en ese momento, tanto a usted como a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de un periodo de 31 días tras el evento elegible. Consulte la sección de Elegibilidad de su Evidencia de Cobertura para obtener una lista completa de las excepciones a la definición de "inscrito tardío".

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

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. En los últimos 10 años, ¿alguna persona que figure en esta Solicitud, ha presentado síntomas, acudido a consulta, recibido consejo, le diagnosticaron o recomendaron tratamiento, recibió tratamiento (incluyendo medicación) o ha estado hospitalizada por alguna de las siguientes afecciones: ¿Enfermedad cardiovascular o cardiopatía, embolia, insuficiencia renal, estomacal, intestinal o hepática; trastornos mentales o nerviosos; trastornos del sistema nervioso central, diabetes; cualquier trastorno pulmonar o del sistema respiratorio, o cáncer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. En los 10 últimos años, ¿alguna persona que figure en esta solicitud ha sido diagnosticada clínicamente con trastornos de inmunodeficiencia (SIDA), complejo relacionado con el SIDA o ha obtenido un resultado positivo en las pruebas de VIH? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. En los últimos 24 meses, ¿alguna persona que figure en esta Solicitud se ha sometido a cirugía o ha sido internada en un hospital, sanatorio, centro de convalecencia o centro de atención especializada o ha tenido gastos médicos por un valor superior a \$ 5,000? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Alguna persona de las que figuran esta Solicitud: | | |
| a. ¿Está bajo tratamiento, recibiendo terapia o tomando medicamentos por alguna afección o enfermedad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Está embarazada o un hombre está esperando un hijo con una persona, conste o no en esta Solicitud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, indique la fecha prevista del parto (Mes, Día, Año) _____ | | |
| c. ¿Es consumidor de tabaco durante los últimos dos años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Si ha respondido que "SÍ" a alguna de las preguntas anteriores, complete el siguiente cuestionario: (Adjunte hojas adicionales si fuera necesario).

| | |
|--|--|
| Nombre del paciente: _____ | Nombre del paciente: _____ |
| Afección/enfermedad: _____ | Afección/enfermedad: _____ |
| Fechas de tratamiento: Desde _____ hasta _____ | Fechas de tratamiento: Desde _____ hasta _____ |
| Tratamiento recibido: _____ | Tratamiento recibido: _____ |
| ¿Sigue recibiendo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Sigue recibiendo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Medicación y dosis suministrada: _____ | Medicación y dosis suministrada: _____ |
| Fecha: Desde _____ hasta _____ | Fecha: Desde _____ hasta _____ |
| Proveedores de tratamiento, nombre/dirección: _____ | Médicos del tratamiento, nombre/dirección: _____ |

6. OTRA COBERTURA MÉDICA PARA TODOS LOS EMPLEADOS INSCRITOS Y SUS DEPENDIENTES (Debe contestar todas las preguntas.)

| | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Alguna de las personas en este formulario de inscripción tiene intención de continuar con la cobertura de grupo si se acepta este formulario de inscripción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, indique el nombre de la persona: _____ | | |
| Compañía de seguros _____ Número de póliza _____ | | |
| 2. ¿Alguna de las personas solicitantes es elegible para Medicare? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, indique su nombre: _____ | | |

7. DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN/DIVULGACIÓN (La siguiente autorización debe ser firmada por cada empleado solicitante de cobertura.)

Afirmo que: Toda la información de este formulario es correcta y verídica. Entiendo que es la base bajo la que se emitirá la cobertura de este plan. Autorizo al Grupo a deducir mi contribución, si la hubiera, de mi salario en relación a los costos de este plan. Certifico que normalmente trabajo 30 horas semanales para este Grupo.

Entiendo que mi Solicitud de Grupo determinará mi cobertura y que no tendré cobertura salvo que, y hasta que, tanto mi Formulario de inscripción como las Solicitudes de Grupo hayan sido aceptadas y aprobadas por MHHP.

Afirmo que he leído este formulario y que, aunque MHHP lo apruebe, si se detecta cualquier fraude o falsificación intencionada de hechos relevantes en el mismo, relativos a mí, mi cónyuge/pareja de hecho, según corresponda, puede resultar en la denegación de futuras reclamaciones o en la rescisión o reevaluación a la fecha de entrada en vigor a efectos de elegibilidad y valoración de mi cobertura y/o de la cobertura de mi cónyuge/pareja de hecho bajo el Plan de Grupo.

Acuerdo de arbitraje: Entiendo que cualquier disputa entre MHHP y mi persona puede estar sujeta a arbitraje vinculante. El arbitraje se aplicará según las normas comerciales aplicables del Código de Texas de Práctica Civil y Remedios, Capítulo 171. El arbitraje únicamente será vinculante si ambas partes así lo acuerdan y tendrá lugar en el condado en el que el titular de la Evidencia de Cobertura o, si es pertinente, el beneficiario resida. Firmando esta solicitud, no estoy de aceptando el arbitraje vinculante. Si me estoy inscribiendo en un plan promocionado por un Grupo que está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), entiendo que cualquier disputa que implique una decisión sobre beneficios adversa puede ser enviada para arbitraje vinculante voluntario únicamente después de que finalice el proceso de apelación a través del ERISA. Además, entiendo que tengo derecho a apelar según las leyes estatales, el Capítulo 4201 y 28 del Código de Seguros de Texas y según el Capítulo 19 del Código Administrativo de Texas.

Este formulario ha sido completado por otra persona. Yo, el inscrito, certifico haber leído toda la información proporcionada en las respuestas y confirmo y garantizo a MHHP que dicha información es verídica, completa y exacta, y que en la fecha actual, si he completado este formulario de mi puño y letra, la información proporcionada no ha cambiado.

He completado este formulario. Aseguro a MHHP que he leído toda la información proporcionada como respuesta a las preguntas en este formulario y afirmo que dicha información es verídica, completa y exacta en la fecha actual.

Reconozco haber leído y entendido este documento en su totalidad.

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL EMPLEADO (Obligatorio) X | FIRMA DEL CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO DEL EMPLEADO (Si solicita cobertura) X |
| FECHA DE HOY (Obligatorio) | FECHA DE HOY (Obligatorio) |

Los formularios de inscripción incompletos serán reenviados para que sean completados. Esto podría retrasar la fecha de entrada en vigor de su cobertura.

ENTIENDO QUE ME ESTOY INSCRIBIENDO EN LA COBERTURA DEL PLAN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD (Health Maintenance Organization, HMO), NO UNA COBERTURA DE SALUD PPO

La cobertura está suscrita por Memorial Hermann Health Plan, Inc. El logo de Memorial Hermann Health Plan, Inc. es una marca registrada de Memorial Hermann Health System.