

INSTRUCCIONES

1. Usted, el empleado, debe completar este formulario de inscripción de su puño y letra.

Usted es el único responsable de su exactitud y exhaustividad.

2. Todas las preguntas deben contestarse en su totalidad o se le retornará el Formulario de inscripción, lo que provocará un retraso en su tramitación.

3. Escriba en mayúsculas utilizando tinta negra. No se aceptarán Formularios de inscripción mecanografiados.

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 002 PPO	<input type="checkbox"/>	Select 2000-100 PPO	<input type="checkbox"/>	Select 5000-70 PPO	<input type="checkbox"/>	Select 3000-100 HSA PPO
<input type="checkbox"/>	Select 500-80 PPO	<input type="checkbox"/>	Select 2500-70 PPO	<input type="checkbox"/>	Select 5000-100 PPO	<input type="checkbox"/>	Select 5000-80 HSA PPO
<input type="checkbox"/>	Select 1000-80 PPO	<input type="checkbox"/>	Select 2500-80 PPO	<input type="checkbox"/>	Select 6600-100 Standard PPO	<input type="checkbox"/>	Select 5000-100 HSA PPO
<input type="checkbox"/>	Select 1500-80 PPO	<input type="checkbox"/>	Select 3000-80 PPO	<input type="checkbox"/>	Select Standard Copay PPO	<input type="checkbox"/>	Select 6550-100 HSA PPO
<input type="checkbox"/>	Select 2000-80 PPO	<input type="checkbox"/>	Select 3000-100 PPO	<input type="checkbox"/>	Select 3000-80 HSA PPO		

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 DEL SEGUNDO NOMBRE	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/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; o nietos que no estén casados y sean menores de 26 años, 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: | _____ |

MMHIC puede requerir pruebas de la existencia de la pareja de hecho para asegurarse del cumplimiento de los criterios de elegibilidad.

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 inscrito puede seleccionar un obstetra o ginecólogo para que le preste servicios de atención de salud que están dentro del alcance de la práctica de la especialidad profesional de un obstetra o un ginecólogo debidamente acreditados. 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	Dependiente(s)
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 (un "evento elegible"), usted 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 un evento elegible.

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

1. En los últimos 10 años, ¿alguna persona que figure en este Formulario de inscripción, 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?..... **Sí** **No**

2. En los 10 últimos años, ¿alguna persona que figure en este Formulario de inscripción ha sido diagnosticada clínicamente con trastorno de inmunodeficiencia (SIDA), complejo relacionado con el SIDA o ha obtenido un resultado positivo en las pruebas de VIH?

3. En los últimos 24 meses, ¿alguna persona que figure en este Formulario de Inscripción 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?.....

4. Alguna persona de las que figuran en este Formulario de inscripción:

a. ¿Está bajo tratamiento, recibiendo terapia o tomando medicamentos por alguna afección o enfermedad?.....

b. ¿Está embarazada o un hombre está esperando un hijo con una persona, conste o no en este Formulario de inscripción?.....

Si la respuesta es sí, indique la fecha prevista del parto (Mes, Día, Año) _____

c. ¿Es consumidor de tabaco durante los últimos dos años?

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: _____
Afección/enfermedad: _____
Fechas de tratamiento: Desde _____ hasta _____
Tratamiento recibido: _____
¿Sigue recibiendo tratamiento? Sí No
Medicación y dosis suministrada: _____
Fecha: Desde _____ hasta _____
Proveedores de tratamiento, nombre/dirección: _____

Nombre del paciente: _____
Afección/enfermedad: _____
Fechas de tratamiento: Desde _____ hasta _____
Tratamiento recibido: _____
¿Sigue recibiendo tratamiento? Sí No
Medicación y dosis suministrada: _____
Fecha: Desde _____ hasta _____
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 a mi Grupo a deducir mi contribución, si la hubiera, de mi salario en relación a los costos de este plan. Certifico que estoy trabajando en el lugar de actividad del Grupo como trabajador indefinido un mínimo de 30 horas semanales.

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 la Solicitud de Grupo hayan sido aceptadas y aprobadas por MHHIC.

Afirmo que he leído este formulario y que, aunque MHHIC lo apruebe, si se detecta cualquier inexactitud intencionada u omisión en el mismo, relativa 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.

Estoy solicitando una cobertura del Plan de Proveedores Participantes: Entiendo que soy responsable de una parte mayor de mis costos médicos cuando utilizo un proveedor no participante.

Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional sanitario, hospital, clínica, laboratorio, farmacia o gestor de beneficios farmacéuticos, centro médico u otro proveedor de atención sanitaria ("Mis proveedores") que haya proporcionado pagos, tratamiento o servicios para mí o para cualquiera de mis dependientes, que también hayan solicitado cobertura, a divulgar mi historial médico completo, historial de recetas médicas, los medicamentos prescritos y cualquier otra información médica protegida relativa a mí o a mis dependientes que hayan solicitado cobertura, a Memorial Hermann Health Insurance Company (MHHIC) o a su agente designado. Esto incluye la información sobre el diagnóstico o el tratamiento de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las enfermedades de transmisión sexual. También incluye la información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye las notas tomadas en las sesiones de psicoterapia.

Firmando a continuación, certifico que cualquier acuerdo celebrado para restringir la información sanitaria protegida no pueden aplicarse a este formulario de inscripción y autorizo a cualquier médico, profesional sanitario, hospital, clínica, centro médico u otro proveedor de atención médica a revelar y divulgar mi historial médico completo sin restricción alguna.

Esta información médica protegida será divulgada bajo esta Autorización, así que MHHIC podrá: 1) suscribir mi formulario de inscripción para la cobertura, determinar la elegibilidad, la valoración de riesgo, la emisión de la póliza y otras determinaciones de suscripción; 2) obtener reaseguro; 3) administrar reclamaciones y determinar o asumir responsabilidades para la cobertura y los beneficios; 4) administrar cobertura y 5) llevar a cabo otras actividades legalmente permitidas relacionadas con la cobertura que solicito o que ya he solicitado a MHHIC.

Esta Autorización tiene vigencia durante 36 meses tras la fecha de la firma a continuación y una copia de la misma es tan válida como el documento original. Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización por escrito, en cualquier momento, proporcionando una notificación escrita a MHHIC. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquiera de mis proveedores ya haya confiado en esta Autorización para revelar información sobre mí o cualquiera de mis dependientes que también solicitan cobertura o en la medida en que MHHIC tenga el derecho legal de impugnar una reclamación bajo una póliza de seguro o para impugnar la póliza misma. Entiendo que cualquier información divulgada de acuerdo con esta Autorización deja de tener sujeción a las leyes federales sobre la privacidad y confidencialidad de la información médica, pero no será divulgada de nuevo por MHHIC salvo que yo lo autorice o que así lo requiera la ley.

Entiendo que mis proveedores no podrán negarse a proporcionar tratamiento o pagos por servicios de atención médica si me niego a firmar esta Autorización. Entiendo que si me niego a firmar esta Autorización para la revelación de mi historial médico completo, puede que MHHIC no pueda procesar mi formulario de inscripción, o, si la cobertura ha sido emitida, no podrá procesar los pagos de los beneficios. Entiendo que cualquier representante autorizado o agente designado por MHHIC o yo, podemos recibir una copia de esta autorización previa solicitud.

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN/DIVULGACIÓN (Continuación)

Entiendo que mi Solicitud de Grupo determinará mi cobertura en vigor y que no tendré cobertura salvo que, y hasta que, tanto mi Formulario de inscripción como la Solicitud de Grupo hayan sido aceptadas y aprobadas por MHHIC.

Acuerdo de arbitraje: Entiendo que cualquier disputa entre MHHIC y mi persona puede estar sujeta a arbitraje vinculante. El arbitraje se aplicará según las normas comerciales aplicables de la Asociación Americana de Arbitraje y los estatutos de Texas aplicables que regulan dicho arbitraje. El arbitraje únicamente será vinculante si ambas partes así lo acuerdan y tendrá lugar en el condado en el que el titular del Certificado de cobertura o, si es pertinente, el beneficiario resida. Firmando este Formulario de inscripción, no estoy 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.

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

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

La cobertura del seguro está suscrita por Memorial Hermann Health Insurance Company. El logo de Memorial Hermann Health Insurance Company es una marca registrada de Memorial Hermann Health System.