

Cobertura médica suscrita por Memorial Hermann Health Plan, Inc.

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 Gold 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.

Select Gold 1500 HMO

Select Silver 002 HMO

Select Bronze 6850 HMO

Select Gold 2000 HMO

Select Silver 3000 HMO

Select Bronze 6550 HSA HMO

Select Silver 4000 HSA 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 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 TELÉFONO FIJO	NÚMERO DE APARTAMENTO
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: | _____ |

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*?	¿Discapacitado?	Lengua materna	¿La discapacidad afecta la capacidad de comunicarse o escribir?	Fecha de nacimiento 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 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	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 el evento elegible.

5. 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: _____		

6. 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 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 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 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.

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 reside. 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.

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)	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 plan de salud 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.