

NÚMERO DE GRUPO

(Si existe Grupo Memorial Hermann)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

Memorial Hermann Health Solutions, Inc. ("MHHSI")
Cobertura médica administrada por Memorial Hermann Health Solutions, Inc.

1. SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

<input type="checkbox"/> Nueva inscripción de grupo	<input type="checkbox"/> Inscripción tardía	<input type="checkbox"/> Nueva contratación	<input type="checkbox"/> Fecha de entrada en vigor de COBRA: _____
<input type="checkbox"/> Adición familiar	<input type="checkbox"/> Re-inscripción	<input type="checkbox"/> Cambio de cobertura	<input type="checkbox"/> Inscripción anual abierta

2. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO - Debe ser llenada por el empleado.

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	NO. DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE DOMICILIO (No se acepta apartado postal salvo en una zona rural)			NO. DE APTO.	NO. DE TELÉFONO DE DOMICILIO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		NOMBRE DE SOLTERO DEL EMPLEADO/CÓNYUGE
NOMBRE DEL GRUPO	OCUPACIÓN / PUESTO DE TRABAJO	FECHA DE CONTRATACIÓN A TIEMPO COMPLETO		NO. DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA
NO. DE TELÉFONO DEL NEGOCIO	CORREO ELECTRÓNICO			

Por favor tenga presente: Si algún dependiente tiene una dirección diferente, por favor escriba el nombre del dependiente, la relación que tiene 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 DOMÉSTICA - Escriba su nombre y solo el de los dependientes elegibles que soliciten cobertura. Un "dependiente" elegible es el cónyuge legítimo de un empleado tal y como lo reconoce la ley aplicable, o su pareja doméstica; 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 llena este formulario de inscripción.

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

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

Relación	Sexo	Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	¿Consumidor de productos de tabaco*?	¿Discapacitado?	Lengua materna	¿Discapacidad que afecte la capacidad para comunicarse o leer?	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	NSS	Nombre y número del PCP (Solo para cobertura de HMO)
Empleado	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<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 doméstica	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<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"/> M <input type="checkbox"/> F				<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"/> M <input type="checkbox"/> F				<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"/> M <input type="checkbox"/> F				<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 un promedio de cuatro veces o más a la semana en los últimos seis meses, sin tener en cuenta los usos religiosos o ceremoniales.

Según corresponda, un Inscrito puede seleccionar a un obstetra o ginecólogo para que se desempeñe como Médico de atención primaria (solo para cobertura de HMO). El Inscrito puede indicar su selección aquí:

Un 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. SELECCIÓN DE COBERTURA MÉDICA

Plan híbrido de grupo pequeño (tamaño del grupo 2-50):

Plan HMO: _____

Plan PPO: _____

5. RENUNCIA A LA COBERTURA - Debe ser llenada 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 (por favor marque la casilla o escriba la información solicitada)			
	Yo	Cónyuge	Dependiente(s)
Cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge/pareja doméstica -			
Escriba el nombre de la compañía de seguros			
Escriba el Número de identidad			
Inscrito en cualquier otro Plan de Seguros -			
Escriba el nombre de la compañía de seguros			
Escriba el Número de identidad			
Cubierto por Medicare			
Cubierto por TRICARE			
Otros (Explique):			

Certifico que el Empleador me ha explicado la cobertura disponible y que soy consciente de que tengo el derecho de inscribirme para recibir cobertura. Se me ha dado 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 ni 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 Empleador.

X _____
Firma si se renuncia a la cobertura para el empleado/dependiente(s)

Fecha (Mes/Día/Año)

* Si está renunciando a la cobertura para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge/pareja doméstica) 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 colocación para adopción (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.

6. OTRA COBERTURA MÉDICA PARA TODAS LAS PERSONAS QUE SE INSCRIBAN

	Sí	No
1. ¿Alguna de las personas en este Formulario de inscripción tiene intención de continuar con otra 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 Seguro _____ No. 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: _____		

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN/DIVULGACIÓN (La siguiente autorización debe ser firmada por cada empleado que solicita 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 Empleador 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 Empleador con empleo permanente por un mínimo de 30 horas semanales.

Entiendo que mi Solicitud de Empleador determinará mi cobertura y que no tendré cobertura salvo que, y hasta que, tanto mi formulario de inscripción como la solicitud de Empleador haya sido aceptada y aprobada por MHHSI.

Afirmo que he leído este formulario y que, aunque MHHSI lo apruebe, si se detecta cualquier inexactitud intencional u omisión en el mismo, relativa a mí, mi cónyuge/pareja doméstica, según corresponda, puede resultar en la denegación de futuras reclamaciones o en la rescisión o reevaluación retroactiva 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 doméstica bajo el Plan de Empleador.

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

He llenado este formulario. Aseguro a MHHSI 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 formulario de inscripción en su totalidad.

FIRMA DEL EMPLEADO (Obligatorio) X _____	FECHA ACTUAL (Obligatorio)	FIRMA DEL CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA DEL EMPLEADO (Si solicita cobertura) X _____	FECHA ACTUAL (Obligatorio)
---	--------------------------------------	--	--------------------------------------

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 administrada por Memorial Hermann Health Solutions, Inc. El logo de Memorial Hermann Health Solutions, Inc. es una marca registrada de Memorial Hermann Health System.