

NÚMERO DE GRUPO

(Si existe grupo MHHP)



Memorial Hermann Health Plan, Inc.
 Memorial Hermann Health Solutions, Inc.
 Memorial Hermann Health Insurance Company
 Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

Memorial Hermann Health Solutions, Inc. ("MHHSI")

Cobertura médica administrada por Memorial Hermann Health Solutions, Inc.

1. SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

- Inscripción de nuevo grupo
 Inscripción tardía
 Nuevo empleado
 Inscripción anual abierta
 Adición familiar
 Reinscripción
 Cambio de cobertura
 Fecha de vigencia de COBRA: _____ Fecha de vigencia original: _____ Motivo de COBRA: _____

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

APELLIDO	NOMBRE	I.S.N.	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	N.º DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (No se acepta apartado postal salvo que sea de una zona rural)			N.º DE DEPTO.	NOMBRE DE SOLTERA DE LA EMPLEADA/CÓNYUGE
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		NOMBRE DE SOLTERA DE LA EMPLEADA/CÓNYUGE
NOMBRE DEL GRUPO	OCUPACIÓN/CARGO	FECHA DE CONTRATACIÓN A TIEMPO COMPLETO	N.º DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE/DE LA PAREJA DE HECHO	
N.º DE TELÉFONO DEL TRABAJO	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 aplicable, 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 la adición familiar es una pareja de hecho, adjunte una declaración jurada.

Relación	Sexo	Apellido	Nombre	I.S.N.	¿Usa productos de tabaco?	Discapacitado	Lengua materna	Discapacidad que afecte la capacidad de comunicarse o leer	Fecha de nacimiento xx/xx/xxxx	N.º de Seguro Social**	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 de hecho	<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 "Si" 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 considerar consumos religiosos o ceremoniales.

**Si no proporciona el N.º de Seguro Social para algún niño dependiente (hasta 18 años de edad), complete el Formulario de Certificación de Seguro Social.

Según corresponda, una Inscrita puede seleccionar un obstetra o ginecólogo que sirva como Médico de Atención Primaria (solo para cobertura de HMO). La Inscrita puede indicar su selección aquí:

Una Inscrita no está obligada 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 Hybrid para grupo pequeño (tamaño de grupo de 2 a 50):

Plan HMO: _____

Plan PPO: _____

5. 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 mismo	Cónyuge	Dependiente(s)
Cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge/pareja de hecho:			
Escriba el nombre de la compañía de seguros			
Escriba el número de identidad del miembro			
Inscrito en el Plan de otra Cía. de Seguros:			
Escriba el nombre de la compañía de seguros			
Escriba el número de identidad del miembro			
Cubierto por Medicare			
Cubierto por TRICARE			
Otros (explicación):			

Certifico que el Empleador 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 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 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 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.

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

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? Sí No
Si la respuesta es sí, indique el nombre de la persona: _____
Cía. de seguro: _____ N.º de póliza: _____
2. ¿Alguna de las personas solicitantes es elegible para Medicare? Sí No
Si la respuesta es sí, indique su nombre: _____

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN/DIVULGACIÓN (La siguiente autorización debe ser firmada por cada empleado que solicite la cobertura).

Acepto que: Toda la información de este formulario es correcta y verídica. Entiendo que es la base bajo la cual 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 como trabajador indefinido un mínimo de 30 horas semanales.

Entiendo que mi Solicitud del Empleador determinará mi cobertura y que no tendré cobertura salvo que, y hasta que, tanto mi formulario de inscripción como la solicitud del Empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por MHHSI.

Afirmo que he leído este formulario y que, aunque MHHSI lo apruebe, si se detecta cualquier declaración falsa u omisión en este formulario, 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 de mi cobertura y/o de la cobertura de mi cónyuge/pareja de hecho bajo el Plan del Empleador, a efectos de elegibilidad y valoración.

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 MHHSI 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 MHHSI que he leído toda la información proporcionada como respuesta a las preguntas en este formulario y afirmo a MHHSI 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)	FECHA DE HOY (obligatorio)
X _____	

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

Los formularios de inscripción incompletos le serán reenviados para que los complete. 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.