

Formulario de inscripción/cambio de estatus/renuncia para 2021

P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327, 800-878-4445, ó bien: ProvidenceHealthPlan.com.



Favor de llenar **todos** los datos del formulario. Se requiere dicha información para procesar su inscripción.

NOMBRE DEL GRUPO DEL EMPLEADOR	No. DEL GRUPO	/ / FECHA de su CONTRATACIÓN	/ / Fecha de entrada en vigor de la solicitud
CLASE / SUBGRUPO	<input type="checkbox"/> Inscripción nueva <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Renuncia de cobertura (véase sección 4)		/ / Fecha de inicio de espera de aprobación
No. DE ID DEL SUSCRITO	<input type="checkbox"/> Cambio de estatus actual: _____ Motivo de este cambio* (véase al pie de pág.)		/ / Fecha del evento (de cambio de estatus)
DEDUCIBLE / COPAGO	/ / Fecha inicio de continuación COBRA / estatal		/ / Fecha fin de continuación COBRA/estatal

Su elección de plan para inscribirse: Option Advantage Base
 Option Advantage Plus
 Option Advantage Premium
 HSA**
 Personal
 HSA Integrado a HealthEquity®. He leído –y estoy de acuerdo con– el formulario de autorización HSA. Otro _____

** = Health Savings Account. Es decir, cuenta de ahorros personal para la salud.

1. Datos del empleado

1er NOMBRE	APELLIDO	Inicial 2do	FECHA de NACIMIENTO	No. SEGURO SOCIAL
EDO. CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		TEL.	CORREO-E	
DOMICILIO POSTAL		CD.	EDO.	ZIP

2. Información para inscripción de dependientes (si va a renunciar la cobertura, véase pregunta 4).

MÁS	MENOS	1er NOMBRE	APELLIDO	Inicial	PARENTESCO	No. SEGURO SOCIAL	FECHA NAC.	SEXO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F

¿Se ve afectado el seguro de cualquiera de los dependientes debido a un decreto de divorcio u orden de tribunal? NO Sí: anexe parte del decreto de la persona responsable.

*. Ejemplo de motivos: empleado elegible contratado de nuevo; matrimonio; divorcio; muerte; adopción; cambio de dependientes (tener más o menos dependientes); cambio de domicilio o de nombre; pérdida de cobertura involuntaria o de otro tipo; continuación de COBRA o estatal.

3. Datos adicionales y/o cobertura acreditable (esta sección no es la renuncia de cobertura pero se requiere para datos de pagos de sus reclamos). ¿Cuenta Ud. o algún familiar con seguro médico de grupo adicional y/o Medicare? SÍ NO En caso afirmativo, marque el o los tipos de cobertura: Médico Medicamentos de receta De la vista

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

_____/_____/_____
FECHA de NAC del TITULAR

NOMBRE de la CÍA. DE SEGURO

No. de PÓLIZA

FECHA EN QUE ENTRÓ EN VIGOR LA PÓLIZA

TEL. de CÍA de SEGURO

NOMBRE(S) COMPLETO(S) DE LA(S) PERSONA(S) CON COBERTURA

¿Ha tenido Ud. anteriormente cobertura de un plan de salud Providence Health Plan? NO SÍ (anote número de ID previo): _____

4. Datos de renuncia de cobertura (incluya aquí nombres de cada miembro elegible **pero que NO se va a inscribir** en un plan de Providence).

Persona que renuncia cobertura	TIPO DE COBERTURA (INDIVIDUAL/ GRUPO EMPLEADOR /MEDICARE)	NOMBRE del PLAN de SALUD	No. de PÓLIZA	NOMBRE del GRUPO EMPLEADOR

Aviso: si va a rehusar la inscripción suya o de sus dependientes (incluso la de su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, podrá en lo futuro inscribirse Ud. o sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de 30 días después de terminar la otra cobertura. Asimismo, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse Ud. mismo y sus dependientes, siempre y cuando lo solicite dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Datos de inscripción correctos: cualquier persona que con conocimiento de causa intente defraudar mediante la presente solicitud mediante datos falsos o que encubra material de información, podría quedar sujeta a multa criminal civil, y Providence Health Plan podrá cancelar la membresía de tal persona, y denegarse a pagársele los reclamos de la misma.

Autorización de deducción de nómina: autorizo a mi patrón interrumpir la respectiva contribución de mi pago de cobertura solicitada en este formulario de inscripción. La autorización aplica a dicha cobertura hasta que yo la anule por escrito (no aplica a COBRA, continuación estatal o renuncia).

Aceptación de quien suscribe: acepto y entiendo que Providence Health Plan podrá exigir o divulgar datos de mi salud –que no sean psiquiátricos de mí o de mis dependientes (listados en este formulario para recibir beneficios

de cobertura)– con el fin de: **(a)** efectuar operaciones de negocio de los planes de salud Providence Health Plan; **(b)** facilitar tratamiento y atención médica; **(c)** hacer pagos por servicios médicos; o **(d)** como lo exija la ley. El uso o divulgación de apuntes psicoterapéuticos por parte de Providence Health Plan se limita las circunstancias en las que el paciente haya firmado la respectiva autorización.

Para más información sobre dichos usos y divulgación, incluso la divulgación que la ley requiera, favor de referirse al aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices). Se puede obtener una copia de éste en: ProvidenceHealthPlan.com o llamando al Servicio de atención al cliente.

Firma

Fecha