

# Formulario de inscripción/cambio de estatus/renuncia para 2020

P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327, 800-878-4445, [ProvidenceHealthPlan.com](http://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 CONTRATACIÓN SUYA      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor de la solicitud  
 \_\_\_\_\_ CLASE / SUBGRUPO       Inscripción nueva     Inscripción abierta     Renuncia de cobertura (véase sección 4)      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de inicio de espera de aprobación  
 \_\_\_\_\_ No. DE ID DEL SUSCRITO      \_\_\_\_\_  Cambio de estatus actual: \_\_\_\_\_ .      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha del evento (de cambio de estatus)  
 Continuasión COBRA/estatal: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ fecha de inicio      Motivo de este cambio\*      \_\_\_\_\_  
 Continuasión COBRA/estatal: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ fecha de cierre

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

Su plan de inscripción:  Total Enhanced  Balanced  Standard  HSA\*\*  HSA Integrado a HealthEquity®  
 He leído el –y estoy de acuerdo con– el formulario de autorización HSA.  DEDUCIBLE del plan: \_\_\_\_\_

\*\* . HSA = Health Savings Account.  
 Cuenta de ahorros personal para la salud.

## 1. Datos del empleado

\_\_\_\_\_ 1er NOMBRE      \_\_\_\_\_ APELLIDO      \_\_\_\_\_ Inicial 2do      \_\_\_\_\_ FECHA de NAC.      \_\_\_\_\_ No. SEGURO SOCIAL  
**EDO. CIVIL:**  Casado  Soltero      **SEXO:**  Masculino  Femenino  
 \_\_\_\_\_ TEL.      \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DE CORREO-E  
 \_\_\_\_\_ DOMICILIO POSTAL      \_\_\_\_\_ CD.      \_\_\_\_\_ EDO.      \_\_\_\_\_ ZIP

## 2. Información para inscripción de dependientes dentro del área (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
<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 con la persona responsable.

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 FECHA de su NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE de la CÍA. DE SEGURO

\_\_\_\_\_  
 No. de PÓLIZA

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

\_\_\_\_\_  
 FECHA EN QUE ENTRÓ EN VIGOR LA PÓLIZA

\_\_\_\_\_  
 TEL. de la CÍA de SEGURO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE(S) COMPLETO(S) DE LAS PERSONA(S) CON COBERTURA

¿Ha tenido usted anteriormente cobertura de un plan de salud Providence Health Plan?  NO  SÍ: anote el número ID previo: \_\_\_\_\_

**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(S) SIN 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 usted 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 usted mismo y sus dependientes, siempre y cuando lo solicite dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

**Comunicación:** mediante mi firma autorizo a Providence Health Plan y sus afiliados o vendedores enviarme información sobre planes de salud por texto y/o por correo-e usando mis datos de contacto que he anotado en el presente formulario. Entiendo que dicha comunicación no incluye publicidad comercial o material promocional y que podré anular dicha autorización en cualquier momento enviando la respectiva petición a Providence Health Plan.

No deseo recibir mensajes por correo-e o por texto de parte de los planes de salud Providence Health Plan.

**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 negarse a pagar los reclamos de la misma.

**Autorización de deducción de nómina:** autorizo a mi patrón descontar las respectivas contribuciones de mi paga por la 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 a su renuncia).

**Aceptación de quien suscribe:** acepto y entiendo que Providence Health Plan podrá exigir o divulgar datos de mi salud –que no sean apuntes 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 tratamientos de 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](http://ProvidenceHealthPlan.com) o llamando al Servicio de atención al cliente.

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha