

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. DE 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 <small>(véase sección 4)</small>		/ / Fecha de inicio de espera de aprobación
No. DE ID DEL SUSCRITO	<input type="checkbox"/> Cambio de estatus actual: _____ <small>Motivo de este cambio* (véase ejemplos aquí ↓)</small>		/ / Fecha del evento (de cambio de estatus)

Fecha inicio de continuación COBRA / estatal: ____/____/____

Fecha de fin de continuación COBRA/estatal: ____/____/____

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

Plan seleccionado para inscribirse:

Total Enhanced
 Balance
 Standard
 HSA (cuenta de ahorros [salud])
 HSA integrada a HealthEquity®
 Deducible del plan _____
Leí y seguiré el formulario de autorización de HSA.

1. Empleado

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ Inicial 2do: ____ Fecha Nac: ____/____/____ SS: _____

EDO. civil: Casado Soltero SEXO: Masculino Femenino Tel: _____ Correo-e: _____

Domicilio: _____ Cd: _____ Edo: _____ Zip: _____

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

MÁS	MENOS	1er NOMBRE	APELLIDO	Inicial	PARENTESCO	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

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 usted, o algún familiar, con seguro médico de grupo adicional y/o Medicare? NO SÍ Entonces marque el o los tipos de cobertura:

Médico Medicamentos de receta De la vista

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

____/____/_____
Fecha Nac. del suscrito

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 miembros elegibles **pero que NO se van a inscribir** en un plan de Providence).

NOMBRE DE PERSONAS QUE REUNCIAN A LA COBERTURA	TIPO DE COBERTURA (p. ej., Individual / Grupo de empleador / Medicare)	NOMBRE DEL PLAN DE SALUD	No. de PÓLIZA	NOMBRE DEL GRUPO DEL 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.

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

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 o llamando al Servicio de atención al cliente.

Firma

Fecha