

Formulario de inscripción/cambio de estatus/renuncia para 2020

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 <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 el pie de pág.)</small> | | 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 (A)
 Option Advantage Premium (B)
 HSA**
 Choice
 HSA Integrado a HealthEquity®. He leído el –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 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 |

¿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.

*. 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 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

_____ NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

_____/_____/_____
FECHA de su NACIMIENTO

_____ NOMBRE de la CÍA. DE SEGURO

_____ No. de 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 o llamando al Servicio de atención al cliente.

Firma

Fecha