

## Solicitud de inscripción de miembros y cambios/ Member enrollment and change application

Utilice el formulario de Solicitud de inscripción de miembros y cambios para solicitar la inscripción o descartar dependientes de su wplan. Escribir en letra de imprenta lo más claramente posible para evitar demoras en el procesamiento de su solicitud.

### Tenga en cuenta

- Si algún dependiente tiene un domicilio postal diferente, inclúyalo.
- Si algún niño que supere el límite de edad para dependientes solicita cobertura por discapacidad, complete y adjunte un formulario de Solicitud de certificación para dependientes discapacitados.
- Si algún solicitante posee otra cobertura a través de otro plan, incluso Medicare o Premera, que continuará vigente cuando comience su cobertura, complete y adjunte el Cuestionario de otra cobertura. Si el formulario no está incluido, se supone que no hay otra cobertura vigente.

### Para encontrar el formulario de Solicitud de certificación para dependientes discapacitados y el Cuestionario de otra cobertura, vaya a:

- [premera.com](https://www.premera.com), desplácese hasta la parte inferior de la página y haga clic en forms (formularios).
- Los mismos estarán en la sección de Enrollment and changes (Inscripción y cambios).

### Próximos pasos

Para ayudar a procesar su formulario, asegúrese de haberlo completado en su totalidad, firmado y devuelto con toda la información y los documentos requeridos (según corresponda).

#### Enviar por correo a:

Premera Blue Cross  
PO Box 3048, MS 737  
Spokane, WA 99220-3048

#### ¿Necesita ayuda?

##### Llame al:

844-722-HMO1(4661) (TTY: 711)  
De lunes a viernes,  
5 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico.



Enviar por correo a:  
PO Box 327, MS 737  
Seattle, WA 98111-0327  
premera.com

**Solicitud de Inscripción de Miembros y Cambios de Grupos Pequeños/  
Small Group Member Enrollment and Change Application**

<b>Información general (a completar por el grupo)/General information (group complete)</b>					
Todos los campos son obligatorios/All fields are required					
Identificación del grupo/Group ID	Nombre del grupo/Group name		Clase/subgrupo del empleado (según corresponda)/Employee class/subgroup (as applicable)		Fecha de contratación del empleado/Employee hire date / /
Motivo de la inscripción/Enrollment reason	Fecha del motivo de la inscripción/Enrollment reason date <input type="checkbox"/> La misma de contratación/ Same as hire date <input type="checkbox"/> Otra fecha/ Other date / /		Si es COBRA, indique el número de meses:/If COBRA, indicate number of months: <input type="checkbox"/> 18 meses/18 months <input type="checkbox"/> 29 meses/29 months <input type="checkbox"/> 36 meses/36 months		Fecha de inicio del plan/Plan start date / /
<b>Información del empleado (a completar por el empleado)/Employee information (employee complete)</b>					
Todos los campos son obligatorios/All fields are required					
Nombre del empleado (Apellido)/Employee name (Last)	(Nombre)/(First)	Número de teléfono/Phone number ( )	Dirección de correo electrónico/Email address		
Domicilio postal/Mailing address			Ciudad/City	Estado/State	Código postal/ZIP
<b>Información de la inscripción (a completar por el empleado)/Enrollment information (employee complete)</b>					
Todos los campos son obligatorios/All fields are required					
Elección del plan médico/ Medical plan choice					
NOTA: Indique los nombres como desea que aparezcan en la tarjeta de identificación. (límite de 26 caracteres incluidos los espacios)/ NOTE: Please indicate names as you would like them to appear on the ID card. (limit of 26 characters including spaces)					

Relación con el empleado/ Relationship to employee	Apellido/ Last name	Nombre/ First name	Número de seguro social / Social Security number	Fecha de nacimiento/ Date of birth	Sexo/ Gender	Agregar/ Add	Descartar/ Drop	Selección de beneficios/ Benefit selection
Usted mismo/ Self				/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plan médico/Medical
<b>Idioma principal</b> Primary language		<b>Etnicidad - marque todas las opciones que correspondan (opcional)</b> Ethnicity – check all that apply (optional)						
<input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Otro/Other _____		<input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska/ American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> Afroamericano negro/Black African American		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico/ Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispano/latino/Hispanic/Latino		<input type="checkbox"/> No hispano o latino/ Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Blanco/ White		
Relación con el empleado/ Relationship to employee	Apellido/ Last name	Nombre/ First name	Número de seguro Social Security number	Fecha de nacimiento/ Date of birth	Sexo/ Gender	Agregar/ Add	Descartar/ Drop	Selección de beneficios/ Benefit selection
				/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plan médico/Medical
<b>Idioma principal</b> Primary language		<b>Etnicidad - marque todas las opciones que correspondan (opcional)</b> Ethnicity – check all that apply (optional)						
<input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Otro/Other _____		<input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska/ American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> Afroamericano negro/Black African American		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico/ Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispano/latino/Hispanic/Latino		<input type="checkbox"/> No hispano o latino/ Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Blanco/ White		
Relación con el empleado/ Relationship to employee	Apellido/ Last name	Nombre/ First name	Número de seguro Social Security number	Fecha de nacimiento/ Date of birth	Sexo/ Gender	Agregar/ Add	Descartar/ Drop	Selección de beneficios/ Benefit selection
				/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plan médico/Medical
<b>Idioma principal</b> Primary language		<b>Etnicidad - marque todas las opciones que correspondan (opcional)</b> Ethnicity – check all that apply (optional)						
<input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Otro/Other _____		<input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska/ American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> Afroamericano negro/Black African American		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico/ Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispano/latino/Hispanic/Latino		<input type="checkbox"/> No hispano o latino/ Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Blanco/ White		

Relación con el empleado/ Relationship to employee	Apellido/ Last name	Nombre/ First name	Número de seguro Social Security number	Fecha de nacimiento/ Date of birth	Sexo/ Gender	Agregar/ Add	Descartar/ Drop	Selección de beneficios/ Benefit selection
				/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plan médico/Medical
<b>Idioma principal</b> Primary language		<b>Etnicidad - marque todas las opciones que correspondan</b> (opcional) Ethnicity – check all that apply (optional)						
<input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Otro/Other _____		<input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska/ American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> Afroamericano negro/Black African American		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico/ Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispano/latino/Hispanic/Latino		<input type="checkbox"/> No hispano o latino/ Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Blanco/ White		
Relación con el empleado/ Relationship to employee	Apellido/ Last name	Nombre/ First name	Número de seguro Social Security number	Fecha de nacimiento/ Date of birth	Sexo/ Gender	Agregar/ Add	Descartar/ Drop	Selección de beneficios/ Benefit selection
				/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plan médico/Medical
<b>Idioma principal</b> Primary language		<b>Etnicidad - marque todas las opciones que correspondan</b> (opcional) Ethnicity – check all that apply (optional)						
<input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Otro/Other _____		<input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska/ American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> Afroamericano negro/Black African American		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico/ Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispano/latino/Hispanic/Latino		<input type="checkbox"/> No hispano o latino/ Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Blanco/ White		
Relación con el empleado/ Relationship to employee	Apellido/ Last name	Nombre/ First name	Número de seguro Social Security number	Fecha de nacimiento/ Date of birth	Sexo/ Gender	Agregar/ Add	Descartar/ Drop	Selección de beneficios/ Benefit selection
				/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plan médico/Medical
<b>Idioma principal</b> Primary language		<b>Etnicidad - marque todas las opciones que correspondan</b> (opcional) Ethnicity – check all that apply (optional)						
<input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Otro/Other _____		<input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska/ American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> Afroamericano negro/Black African American		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico/ Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispano/latino/Hispanic/Latino		<input type="checkbox"/> No hispano o latino/ Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Blanco/ White		

## Firma del empleado

Al solicitar la inscripción como se indica en esta solicitud, declaro que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este formulario es verídica y completa. Además, declaro que todas las personas para las cuales solicito la inscripción son elegibles para la cobertura. Además, he leído y comprendido las disposiciones tal como se enuncian en la sección 5 de este documento. Los cambios en este formulario anulan todos los formularios presentados anteriormente.

Firma del empleado/Employee signature

Fecha de la firma/Date signed \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.

## Avisos

### Norma de privacidad de Primera

Podemos recolectar, usar o revelar información personal acerca de usted, incluyendo información de la salud, su dirección, número de teléfono o número de seguro social. Podemos recibir esta información a través de, o divulgarla a, proveedores de atención médica, compañías de seguros u otras fuentes para realizar nuestras operaciones comerciales de rutina, tales como: suscribir y determinar su elegibilidad para los beneficios y pagar reclamos; coordinar los beneficios con otros planes de atención médica; llevar a cabo la administración de la atención, administración de casos o revisiones de calidad. Esta información también se puede recopilar, utilizar o divulgar según sea necesario o de acuerdo con lo permitido por la ley.

Para proteger su privacidad y asegurar que su información permanezca confidencial, capacitamos a todos los empleados sobre nuestras normas y procedimientos escritos de confidencialidad. Si la divulgación de su información personal no se relaciona con una función comercial de rutina, eliminaremos todo aquello que se pueda utilizar para identificarlo/a con facilidad, a menos que contemos con previa autorización suya para divulgar dicha información.

Usted tiene derecho a solicitar la inspección y/o corrección de sus registros mantenidos por nosotros.

Para ver o imprimir copias de nuestra Notificación de Privacidad detallada y otros formularios, por favor, visite nuestro sitio web en primera.com. Para que le enviemos formularios por correo, llame al número que aparece abajo.

### Derecho a inscripciones especiales

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes debido a otra cobertura de atención médica, en el futuro, usted o sus dependientes pueden inscribirse en este plan antes del próximo período de inscripción abierta. Para hacerlo, usted debe haber perdido involuntariamente su otra cobertura y nosotros tenemos que recibir su solicitud de inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, es posible que usted pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes, siempre que recibamos su solicitud de inscripción completada dentro de los 60 días posteriores al evento, a menos que se haya especificado un límite de tiempo diferente en su folleto de beneficios.

### Solicitantes tardíos y continuación de la cobertura estatal

Un "solicitante tardío" es una persona o familiar dependiente que no se inscribió cuando era elegible la primera vez para recibir cobertura en virtud de este plan, y no califica como "miembro de inscripción especial". Si usted o sus dependientes son solicitantes tardíos, pueden inscribirse durante el siguiente período de inscripción de grupo anual.

Si usted se inscribe en virtud de la continuación de la cobertura (continuation of coverage, COC) estatal, el período de cobertura elegible no puede exceder los 3 meses

### Número de Seguro Social y dirección de correo electrónico de contacto requeridos

En virtud de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA), todos los planes de salud deben brindarles a los miembros con cobertura total un Formulario 1095-B del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) a partir de 2016. Usted necesitará el Formulario 1095-B para su declaración impositiva, en forma similar que su W-2.

Si tiene alguna pregunta acerca de la información que se incluye en esta notificación, llámenos al 844-722-HMO1(4661).

**Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.**

### **La discriminación está prohibida**

Premera Blue Cross HMO (Premera HMO) cumple con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera HMO no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera HMO:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera HMO no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-4535, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico [AppealsDepartmentInquiries@Premera.com](mailto:AppealsDepartmentInquiries@Premera.com). Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

