

Solicitud de inscripción y cambios del miembro/ Member Enrollment and Change Application

Información general (grupo completo)/General Information (group complete)								
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		
Motivos de la inscripción/Enrollment Reason	Fecha del motivo de la inscripción/ Enrollment reason date <input type="checkbox"/> La misma que la fecha 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		
Información del empleado (el empleado debe completarla)/Employee Information (employee complete)								
Todos los campos son obligatorios/All fields are required								
Nombre del empleado (Apellido, nombre)/ Employee Name (Last, First)			Número de teléfono/ Phone Number		Dirección de correo electrónico/Email address			
Domicilio postal/Mailing Address								
Información de inscripción (el empleado debe completarla)/Enrollment Information (employee complete)								
Todos los campos son obligatorios/All fields are required								
Elección del Plan médico (según corresponda)/ Medical Plan choice (as applicable)				Elección de Plan dental (según corresponda)/ Dental Plan choice (as applicable)				
Nota: Por favor, indique los nombres como le gustaría que aparecieran en la tarjeta de identificación. (límite de 26 caracteres incluyendo 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	Nombre (apellido, nombre)/ Name (Last, First)	Número de seguro social/ Social Security No.	Fecha de nacimiento Date of Birth	Sexo Gender	Agregar/ Add	Descartar/ Drop	Selección de beneficios/ Benefit Selection	
Usted mismo					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atención médica/ Medical	<input type="checkbox"/> Atención dental/ Dental
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atención médica/ Medical	<input type="checkbox"/> Atención dental/ Dental

					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atención médica/ Medical	<input type="checkbox"/> Atención dental/ Dental
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atención médica/ Medical	<input type="checkbox"/> Atención dental/ Dental
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atención médica/ Medical	<input type="checkbox"/> Atención dental/ Dental
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atención médica/ Medical	<input type="checkbox"/> Atención dental/ Dental

Firma del empleado/Employee Signature

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. He leído y comprendido las disposiciones tal como se enuncian en la sección Avisos de este documento. Los cambios en este formulario anulan todos los formularios presentados anteriormente./
 In applying for enrollment as indicated on this application, I declare that all the information on this form is true and complete to the best of my knowledge. I also declare that each person I am requesting enrollment for is eligible for coverage. I have read and understand the provisions as stated in the Notices section of this document. The changes on this form supersede all previous forms submitted.

Firma del empleado/Employee Signature _____ **Fecha de la firma/Date Signed** _____

Tenga en cuenta: 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./
Please note: It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

Avisos/Notices

Norma de privacidad de Primera/Primera Privacy Policy

Podemos recopilar, usar o divulgar su información personal, incluyendo información de salud, domicilio, número de teléfono o número de seguro social. Podemos recibir esta información de proveedores de atención médica, compañías de seguro u otras fuentes, o podemos divulgarla a estas para poder llevar a cabo nuestras actividades comerciales de rutina. Esta información también se puede recopilar, utilizar o divulgar según sea necesario o de acuerdo con lo permitido por la ley./ We may collect, use, or disclose your personal information, including health information, your address, telephone number or Social Security number. We may receive this information from, or release it to, healthcare providers, insurance companies, or other sources to conduct our routine business operations. This information may also be collected, used, or released as required or permitted by law.

Para salvaguardar su privacidad y garantizar la confidencialidad de su información, capacitamos a todos los empleados con respecto a nuestras normas y procedimientos de confidencialidad por escrito. 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./ To safeguard your privacy and ensure your information remains confidential, we train all employees on our written confidentiality policy and procedures. If a disclosure of your personal information is not related to a routine business function, we will remove anything that could be used to easily identify you, unless we have your prior authorization to release such information.

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

You have the right to request inspection and/or change of your records retained by us.

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

To view or print copies of our detailed Privacy Notice and other forms, please visit our website at primera.com. To have forms mailed to you, please call the number below.

Derecho a inscripciones especiales/Special Enrollment Rights

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 al término de su otra cobertura. Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para 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 suceso, a menos que se haya especificado un límite de tiempo diferente en su folleto de beneficios./

If you are declining enrollment for yourself or dependents because of other healthcare coverage, in the future you may enroll yourself or your dependents in this plan prior to the next open enrollment period. To do this, you must have involuntarily lost your other coverage and we must receive your enrollment application within 60 days after your other coverage ended. Additionally, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and dependents, provided we receive your completed enrollment application within 60 days after the event, unless a different time limit has been specified in your benefit booklet.

Continuación de cobertura por parte del Estado/State of Continuation Coverage

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./

If you are enrolling under State Continuation of Coverage (COC), the eligible period of coverage cannot exceed 3 months.

Número de Seguro Social y dirección de correo electrónico de contacto requeridos/Required Social Security Number and Contact Email Address

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./

Under the Affordable Care Act (ACA), all health plans must provide an IRS Form 1095-B to fully insured members starting in 2016. You'll need Form 1095-B to help you file your taxes, much like your W-2.

Cobertura acreditable/Creditable Coverage

Cobertura acreditable significa cobertura de atención médica previa o continuada, incluida cobertura grupal de atención médica, el Plan de Beneficios de Salud para Empleados Federales y del Cuerpo de Paz [Federal Employees Health Benefits Plan and the Peace Corps]), cobertura individual de atención médica (incluso planes de salud para estudiantes), Medicare, Medicaid, el Programa Médico y de Salud Civil de los Servicios Uniformados (Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services, CHAMPUS), el Servicio de Salud indígena o la cobertura por parte de una organización tribal, la cobertura de alto riesgo del fondo estatal, los Programas estatales de Seguro de Salud para Niños (CHIP), un plan de salud pública establecido o mantenido por un Estado o cualquier subdivisión política de un Estado, el gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero que proporciona cobertura de salud para personas que están inscritas en el plan./

Creditable coverage means, prior or ongoing healthcare coverage including group healthcare coverage, the Federal Employees Health Benefits Plan, the Peace Corps, individual healthcare coverage, student health plans, Medicare, Medicaid, CHAMPUS, Indian Health Service or tribal organization coverage, state high-risk pool coverage, state Children's Health Insurance Programs (CHIP), a public health plan established or maintained by a State or any political subdivision of a State, the U.S. government, a foreign country, that provides health coverage to individuals who are enrolled in the plan.

Si tiene alguna pregunta acerca de la información que se incluye en esta notificación, llámenos al 1-800-722-1471./

If you have any questions about the information included in this notice, please call us at 1-800-722-1471.

La discriminación es prohibida

Premera Blue Cross (Premera) 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 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:

- 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 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. 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>.

Asistencia con el idioma

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-722-1471 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-722-1471 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-722-1471 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-722-1471 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-722-1471 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-722-1471 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-722-1471 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-722-1471 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-722-1471 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-722-1471 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-722-1471 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-722-1471 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-722-1471 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪਿਆਰ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਮੇਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-722-1471 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-722-1471 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 800-722-1471 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-722-1471 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-722-1471 (ATS: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-722-1471 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-722-1471 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-722-1471 (TTY: 711).

توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-722-1471 (TTY: 711) تماس بگیرید.

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.