

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

El empleador debe completar esta sección/Employer completes this section

Información general/General Information Todos los campos son obligatorios/All fields are required						
Identificación del grupo/Group ID	Nombre del g	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 inscripc Enrollment reason	ión/	Fecha del motivo de la inscripción. Ma opción./Enrollment reason date. Seleco La misma fecha que la de contro Same as hire date O Otra fecha/Other date	ct one.	Si es COBRA, indique el número de meses. Marque una opción./If COBRA, indicate number of months. Select one. O 18 meses/18 months O 29 meses/29 months O 36 meses/36 months	Fecha de inicio del Plan/ Plan start date	

El ampleado completo el reste del formulario /Empleyes completos the rest of the form

El empleado completa el resto del formulario/Employee completes the rest of the form							
Información del empleado/Employee Information Todos los campos son obligatorios/All fields are required							
Nombre del empleado (apellido, nombre)/ Employee name (last, first)	Código de área y número de teléfono/ Area code & phone number	Dirección de correo electrónico/Email address					
Domicilio postal/Mailing address							
Información de inscripción/Enrollment Information							
Todos los campos son obligatorios/All fields are required							
Elección del plan médico/Medical plan choice	Elección de	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 Usted mismo/ Self	Apellido/Last name		Nombre/First name	Número de Seguro Social (requerido para cualquier miembro mayor de 44 años)/Social Security number – required for any member over age 44
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)/Date of birth (mm/dd/yyyy)	Género: seleccione uno/Gender – select one O Masculino/Male O Femenino/Female		Motivo (marque una opción)/ Reason – select one O Agregar/Add O Quitar/Drop	Selección de beneficios (seleccione todos los que correspondan)/Benefit selection − select all that apply ☐ Médico/Medical ☐ Dental/Dental
Idioma principal (marque un Primary language – select of O Inglés/English O Español/Spanish O Otro/Other		□ Nativo am □ Asiático/A □ Negro/Afr □ Nativo de □ Hispano/L	oamericano/Black/African Ame Hawái/Isleño del Pacífico/Nati .atino/Hispanic/Latino o ni latino/Not Hispanic or Lat	erican Indian/Alaska Native erican ive Hawaiian/Pacific Islander
Relación con el empleado/ Relationship to employee	Apellido/Last name		Nombre/First name	Número de Seguro Social (requerido para cualquier miembro mayor de 44 años)/Social Security number – required for any member over age 44
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)/Date of birth (mm/dd/yyyy)	Género: seleccione uno/Gender – select one O Masculino/Male O Femenino/Female		Motivo (marque una opción)/ Reason – select one O Agregar/Add O Quitar/Drop	Selección de beneficios (seleccione todos los que correspondan)/Benefit selection − select all that apply ☐ Médico/Medical ☐ Dental/Dental
Primary language – select one ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Otro/Other ☐ Nativo ar ☐ Nativo ar ☐ Nativo de ☐ Hispano/		roamericano/Black/African American Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander Latino/Hispanic/Latino no ni latino/Not Hispanic or Latino		

008749spa (01-01-2025)

Relación con el empleado/ Relationship to employee	Apellido/Last name		Nombre/First name	Número de Seguro Social (requerido para cualquier miembro mayor de 44 años)/Social Security number – required for any member over age 44
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)/Date of birth (mm/dd/yyyy)	Género: seleccione uno/Gender – select one O Masculino/Male O Femenino/Female		Motivo (marque una opción)/ Reason – select one O Agregar/Add O Quitar/Drop	Selección de beneficios (seleccione todos los que correspondan)/Benefit selection − select all that apply □ Médico/Medical □ Dental/Dental
Idioma principal (marque un Primary language – select of O Inglés/English O Español/Spanish O Otro/Other		☐ Nativo am ☐ Asiático/A ☐ Negro/Afr ☐ Nativo de ☐ Hispano/L	oamericano/Black/African Ame Hawái/Isleño del Pacífico/Nati atino/Hispanic/Latino o ni latino/Not Hispanic or Lati	erican Indian/Alaska Native erican ive Hawaiian/Pacific Islander
Relación con el empleado/ Relationship to employee	Apellido/Last name		Nombre/First name	Número de Seguro Social (requerido para cualquier miembro mayor de 44 años)/Social Security number – required for any member over age 44
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)/Date of birth (mm/dd/yyyy)	Género: seleccione uno/Gender – select one O Masculino/Male O Femenino/Female		Motivo (marque una opción)/ Reason – select one O Agregar/Add O Quitar/Drop	Selección de beneficios (seleccione todos los que correspondan)/Benefit selection − select all that apply ☐ Médico/Medical ☐ Dental/Dental
Primary language − select one ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Otro/Other ☐ Nativo ame ☐ Nativo ame ☐ Nativo de I ☐ Hispano/La		oamericano/Black/African American Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander .atino/Hispanic/Latino no ni latino/Not Hispanic or Latino		

008749spa (01-01-2025) Página **3** de **7**

Relación con el empleado/ Relationship to employee	Apellido/Last name		Nombre/First name	Número de Seguro Social (requerido para cualquier miembro mayor de 44 años)/Social Security number – required for any member over age 44
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)/Date of birth (mm/dd/yyyy)	Género: seleccione uno/Gender – select one O Masculino/Male O Femenino/Female		Motivo (marque una opción)/ Reason – select one O Agregar/Add O Quitar/Drop	Selección de beneficios (seleccione todos los que correspondan)/Benefit selection − select all that apply □ Médico/Medical □ Dental/Dental
Idioma principal (marque un Primary language – select of O Inglés/English O Español/Spanish O Otro/Other		□ Nativo am □ Asiático/A □ Negro/Afr □ Nativo de □ Hispano/L	oamericano/Black/African Ame Hawái/Isleño del Pacífico/Nati .atino/Hispanic/Latino o ni latino/Not Hispanic or Lat	erican Indian/Alaska Native erican ive Hawaiian/Pacific Islander
Relación con el empleado/ Relationship to employee	Apellido/Last name		Nombre/First name	Número de Seguro Social (requerido para cualquier miembro mayor de 44 años)/Social Security number – required for any member over age 44
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)/Date of birth (mm/dd/yyyy)	Género: seleccione uno/Gender – select one O Masculino/Male O Femenino/Female		Motivo (marque una opción)/ Reason – select one O Agregar/Add O Quitar/Drop	Selección de beneficios (seleccione todos los que correspondan)/Benefit selection − select all that apply □ Médico/Medical □ Dental/Dental
Primary language − select one ☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish ☐ Otro/Other ☐ Nativo ame ☐ Nativo ame ☐ Nativo de la		oamericano/Black/African American Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander .atino/Hispanic/Latino no ni latino/Not Hispanic or Latino		

008749spa (01-01-2025) Página **4** de **7**

Información adicional del dependiente/Additional dependent information
Si algún dependiente tiene un domicilio postal diferente, inclúyalo. ¿Información adicional adjunta? Marque una opción./ If any dependent has a different mailing address, please attach that information. Additional information attached? Select one.
O Sí/Yes
O No/No

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 (consulte <u>premera.com</u>)./If any child over the dependent age limit is applying for coverage due to disability, please complete and attach the **Request for Certification of Disabled Dependents** form (see <u>premera.com</u>).

Si algún solicitante tiene otra cobertura a través de otro plan, incluidos Medicare o Premera Blue Cross, que continuará vigente cuando comienza su cobertura, complete y adjunte el formulario de **Cuestionario de otra cobertura** (consulte <u>premera.com</u>). Si el formulario no está incluido, se supone que no hay otra cobertura vigente./ If any applicant has other coverage through another plan, including Medicare or Premera Blue Cross, that will remain in effect when your coverage begins, complete and attach the **Other Coverage Questionnaire** form (see <u>premera.com</u>). If the form is not included, then it is assumed that no other coverage is in effect.

Para encontrar el formulario de Solicitud de Certificación de Dependientes Discapacitados y el Cuestionario de otra cobertura, visite:/ For the Request for Certification of Disabled Dependent form and the Other Coverage Questionnaire form, go to:

- premera.com, desplácese hasta la parte inferior de la página y haga clic en Forms (Formularios)./premera.com, scroll to the bottom of the page and click forms.
- Estarán en la sección Inscripción y cambios./They will be under the Enrollment and changes section.

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	Nombre en letra de imprenta/Print name		
X	Cargo/Title	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 penalidades incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro./**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.

008749spa (01-01-2025) Página **5** de **7**

Avisos/Notices

Norma de privacidad de Premera/Premera 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 premera.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 premera.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.

008749spa (01-01-2025) Página **6** de **7**

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. Si tiene alguna pregunta sobre la información incluida en este aviso, llámenos al 1-800-722-1471./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 If you have any questions about the information included in this notice, please call us at 1-800-722-1471.

008749spa (01-01-2025) Página **7** de **7**

Divulgación de traducción

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.

Translation disclosure

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.