PREMERA | BLUE CROSS

PO Box 3048, MS 732
Spokane, WA 99220-3048

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

El empleador debe completar esta sección./Employer completes this section.
Todos los campos son obligatorios./All fields are required.

Información general/General information			
Número de grupo/Group Number	Nombre del grupo/Group name	Clase/subgrupo de empleados (si son varios)/Employee class/subgroup (if multiple)	Fecha de contratación del empleado MM/DD/AAAA/Employee hire date MM/DD/YYYY
Motivo de la inscripción/Enrollment reason	Fecha del motivo de la inscripción (seleccione una opción)/ Enrollment reason date – select one ❍ La misma fecha que la de contratación/Same as hire date ❍ Otra fecha/Other date _____	Si es miembro de COBRA, seleccione una opción./ If COBRA member - select one. ❍ 18 meses/18 months ❍ 29 meses/29 months ❍ 36 meses/36 months	Fecha de inicio del plan MM/DD/AAAA/Plan start date MM/DD/YYYY

El empleado completa el resto del formulario./Employee completes the rest of the form.
Todos los campos son obligatorios./All fields are required.

Información de inscripción/Enrollment information	
Elección del plan médico/Medical plan choice	Elección de Plan dental (según corresponda)/Dental plan choice (as applicable)

Información del empleado/Employee information

Indique los nombres tal y como desea que aparezcan en la tarjeta de identificación. Límite de 26 caracteres incluyendo espacios./Provide names as you would like them to appear on the ID card. Limit of 26 characters including spaces.

Apellido del empleado/Employee last name	Nombre del empleado/Employee first name	Número de teléfono (incluya el código de área)/Phone number – include area code

Domicilio postal/Mailing Address	Ciudad/City	Estado/State	Código postal/Zip Code

Número de Seguro Social (obligatorio)/Social Security number – required	Dirección de correo electrónico/Email address

Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA/ Date of birth MM/DD/YYYY	Género: seleccione uno/Gender – select one ❍ Masculino/Male ❍ Femenino/Female	Motivo (seleccione una opción)/Reason – select one ❍ Agregar/Add ❍ Quitar/Drop	Selección de beneficios (seleccione todos los que correspondan)/Benefit selection – select all that apply ☐ Médico/Medical ☐ Dental/Dental

Idioma principal (seleccione una opción)/Primary language – select one ❍ Inglés/English ❍ Español/Spanish ❍ Otro/Other _____	Raza/Etnia (seleccione todo lo que corresponda; opcional)/Race/Ethnicity – select all that apply (optional) ☐ Nativo americano o nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native ☐ Asiático/Asian ☐ Negro o afroamericano/Black/African American ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Hispano/Latino/ ☐ No hispano/latino/Not Hispanic or Latino ☐ Blanco/White

Información del dependiente/Dependent information

Indique los nombres tal y como desea que aparezcan en la tarjeta de identificación. Límite de 26 caracteres incluyendo espacios./Provide names as you would like them to appear on the ID card. Limit of 26 characters including spaces.

Relación con el empleado/Relationship to the employee	Apellido/Last name	Nombre/First name	Número de Seguro Social (obligatorio)/Social Security number – required
Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA/Date of birth MM/DD/YYYY	Género (seleccione una opción)/Gender – select one ❍ Masculino/Male ❍ Femenino/Female	Motivo (seleccione una opción)/Reason – select one ❍ Agregar/Add ❍ Quitar/Drop	Selección de beneficios (seleccione todos los que correspondan)/Benefit selection – select all that apply ☐ Médico/Medical ☐ Dental/Dental

Idioma principal (seleccione una opción)/Primary language – select one ❍ Inglés/English ❍ Español/Spanish ❍ Otro/Other _____	Raza/Etnia (seleccione todo lo que corresponda; opcional)/Race/Ethnicity – select all that apply (optional) ☐ Nativo americano o nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native ☐ Asiático/Asian ☐ Negro o afroamericano/Black/African American ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ No hispano/latino/Not Hispanic or Latino ☐ Blanco/White

Relación con el empleado/Relationship to the employee	Apellido/Last name	Nombre/First name	Número de Seguro Social (obligatorio)/Social Security number – required

Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA/Date of birth MM/DD/YYYY	Género: seleccione uno/Gender – select one ❍ Masculino/Male ❍ Femenino/Female	Motivo (seleccione una opción)/Reason – select one ❍ Agregar/Add ❍ Quitar/Drop	Selección de beneficios (seleccione todos los que correspondan)/Benefit selection – select all that apply ☐ Médico/Medical ☐ Dental/Dental
Idioma principal (seleccione una opción)/Primary language – select one ❍ Inglés/English ❍ Español/Spanish ❍ Otro/Other _____	Raza/Etnia (seleccione todo lo que corresponda; opcional)/Race/Ethnicity – select all that apply (optional) ☐ Nativo americano o nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native ☐ Asiático/Asian ☐ Negro o afroamericano/Black/African American ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ No hispano/latino/Not Hispanic or Latino ☐ Blanco/White		

Relación con el empleado/Relationship to the employee	Apellido/Last name	Nombre/First name	Número de Seguro Social (obligatorio)/Social Security number – required
Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA/Date of birth MM/DD/YYYY	Género: seleccione uno/Gender – select one ❍ Masculino/Male ❍ Femenino/Female	Motivo (seleccione una opción)/Reason – select one ❍ Agregar/Add ❍ Quitar/Drop	Selección de beneficios (seleccione todos los que correspondan)/Benefit selection – select all that apply ☐ Médico/Medical ☐ Dental/Dental
Idioma principal (seleccione una opción)/Primary language – select one ❍ Inglés/English ❍ Español/Spanish ❍ Otro/Other _____	Raza/Etnia (seleccione todo lo que corresponda; opcional)/Race/Ethnicity – select all that apply (optional) ☐ Nativo americano o nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native ☐ Asiático/Asian ☐ Negro o afroamericano/Black/African American ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ No hispano/latino/Not Hispanic or Latino ☐ Blanco/White		

Relación con el empleado/Relationship to the employee	Apellido/Last name	Nombre/First name	Número de Seguro Social (obligatorio)/Social Security number – required
Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA/Date of birth MM/DD/YYYY	Género: seleccione uno/Gender – select one ❍ Masculino/Male ❍ Femenino/Female	Motivo (seleccione una opción)/Reason – select one ❍ Agregar/Add ❍ Quitar/Drop	Selección de beneficios (seleccione todos los que correspondan)/Benefit selection – select all that apply ☐ Médico/Medical ☐ Dental/Dental

Idioma principal (seleccione una opción)/Primary language – select one ❍ Inglés/English ❍ Español/Spanish ❍ Otro/Other _____	Raza/Etnia (seleccione todo lo que corresponda; opcional)/Race/Ethnicity – select all that apply (optional) ☐ Nativo americano o nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native ☐ Asiático/Asian ☐ Negro o afroamericano/Black/African American ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ No hispano/latino/Not Hispanic or Latino ☐ Blanco/White

Relación con el empleado/Relationship to the employee	Apellido/Last name	Nombre/First name	Número de Seguro Social (obligatorio)/Social Security number – required
Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA/Date of birth MM/DD/YYYY	Género: seleccione uno/Gender – select one ❍ Masculino/Male ❍ Femenino/Female	Motivo (seleccione una opción)/Reason – select one ❍ Agregar/Add ❍ Quitar/Drop	Selección de beneficios (seleccione todos los que correspondan)/Benefit selection – select all that apply ☐ Médico/Medical ☐ Dental/Dental

Idioma principal (seleccione una opción)/Primary language – select one ❍ Inglés/English ❍ Español/Spanish ❍ Otro/Other _____	Raza/Etnia (seleccione todo lo que corresponda; opcional)/Race/Ethnicity – select all that apply (optional) ☐ Nativo americano o nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native ☐ Asiático/Asian ☐ Negro o afroamericano/Black/African American ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ No hispano/latino/Not Hispanic or Latino ☐ Blanco/White

Información adicional del dependiente/Additional dependent information

Si algún dependiente tiene un domicilio postal diferente, inclúyalo. ¿Se adjuntó información adicional? (seleccione una opción)./If any dependent has a different mailing address, attach that information. Is additional information attached? Select one.

❍ Sí/Yes

❍ 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,** que puede encontrar en premera.com./If any child over the dependent age limit is applying for coverage due to disability, complete and attach the **Request for Certification of Disabled Dependents** form which can be found at premera.com.

Si algún otro solicitante tiene otra cobertura médica actual, incluyendo Medicare o Premera Blue Cross, que siga vigente cuando comience su cobertura de Premera Blue Cross, complete y adjunte el formulario **Cuestionario de otra cobertura**, que puede encontrar en premera.com. Si el formulario no está incluido, se supone que no hay otra cobertura vigente./If any applicant has other current health coverage, including Medicare or Premera Blue Cross, remaining in effect when your Premera Blue Cross coverage begins complete and attach the **Other Coverage Questionnaire** form which can be found at premera.com. If the form is not included, then it is assumed that no other coverage is in effect.

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 _____	Título en letra de imprenta/Print title	Fecha de la firma MM/DD/AAAA/Date signed MM/DD/YYYY

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.

Avisos/Notices

Política de privacidad de Premera/Premera Privacy Policy

Podemos recopilar, usar o divulgar información personal acerca de usted, incluyendo información de salud, domicilio, 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./We may collect, use, or disclose personal information about you, 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 such as underwriting and determining your eligibility for benefits and paying claims; coordinating benefits with other healthcare plans; or conducting care management, case management, or quality reviews. 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 corrección de sus registros mantenidos por nosotros./You have the right to request inspection and/or amendment 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.

Derechos de inscripción especial/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 y para solicitantes tardíos/Late enrollees and state continuation of coverage
Un “solicitante tardío” es una persona o familiar dependiente que no se inscribió cuando era elegible la primera vez para recibir cobertura dentro de este plan. Un solicitante tardío 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./A late enrollee is an individual or family dependent who did not enroll when first eligible for coverage under this plan. A late enrollee doesn’t qualify as a special enrollee. If you or your dependents are late enrollees, you may enroll during the next annual group enrollment period.

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 addressv
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.

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.

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.**