PREMERA HMO

PO Box 3048, MS 737
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/Employee hire date MM/DD/AAAA
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/Plan start date MM/DD/AAAA

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				
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/Date of birth MM/DD/AAAA	Género: seleccione uno/Gender – select one ❍ Masculino/Male ❍ Femenino/Female	Motivo (seleccione una opción)/Reason – select one ❍ Agregar/Add ❍ Quitar/Drop	Selección de beneficios/Benefit selection ☐ Médico/Medical
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 ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ Asiático/Asian ☐ No hispano/latino/Not Hispanic or Latino ☐ Negro o afroamericano/Black/African American ☐ Blanco/White ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander		

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 employee	Apellido/Last name	Nombre/First name	Número de Seguro Social (obligatorio)/Social Security number – required
Fecha de nacimiento/Date of birth MM/DD/AAAA	Género: seleccione uno/Gender – select one ❍ Masculino/Male ❍ Femenino/Female	Motivo (seleccione una opción)/Reason – select one ❍ Agregar/Add ❍ Quitar/Drop	Selección de beneficios/Benefit selection ☐ Médico/Medical
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 ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ Asiático/Asian ☐ No hispano/latino/Not Hispanic or Latino ☐ Negro o afroamericano/Black/African American ☐ Blanco/White ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander		

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

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 ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ Asiático/Asian ☐ No hispano/latino/Not Hispanic or Latino ☐ Negro o afroamericano/Black/African American ☐ Blanco/White ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander

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

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 ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ Asiático/Asian ☐ No hispano/latino/Not Hispanic or Latino ☐ Negro o afroamericano/Black/African American ☐ Blanco/White ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander

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

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 ☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ Asiático/Asian ☐ No hispano/latino/Not Hispanic or Latino ☐ Negro o afroamericano/Black/African American ☐ Blanco/White ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander

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

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

Información adicional del dependiente/Additional dependent information

Si algún dependiente tiene un domicilio postal diferente, inclúyalo. ¿Información adicional adjunta? Seleccione uno./Si algún dependiente tiene un domicilio postal diferente, adjunte la información. ¿Información adicional adjunta? Seleccione uno.

❍ 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.

Si algún solicitante tiene otra cobertura médica vigente cuando comience su cobertura de Premera Blue Cross HMO, incluida Medicare u otra cobertura de Premera Blue Cross HMO, 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.

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.

Firma del empleado	Nombre en letra de imprenta	
X_____	Título en letra de imprenta	Fecha de la firma MM/DD/AAAA

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.

Avisos/Notices

Política de privacidad de Premera Blue Cross HMO

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.

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.

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, visite nuestro sitio web en premera.com Para que le enviemos formularios por correo, llame al número que aparece abajo.

Derechos de inscripción especial

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.

Continuación de cobertura por parte del estado y para solicitantes tardíos

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.

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 1-844-722-HMO1(4661).

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.**