

### Inscripción de Miembro /Formulario de Cambio y Terminación

## NEVADA

**POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE – Plan Seleccionado:**
☐ HMO/POS ☐ PPO ☐ HD ☐ Dental

Atención: Para el nombre preciso de su plan médico del Plan de Salud Prominence, por favor vea los documentos del resumen de beneficios.

☐ Renuncia a la Cobertura (por favor complete las Secciones A & H solamente)

**Por favor marque según sea apropiado:** ☐ Inscripción Abierta ☐ Nuevo Empleado ☐ Nuevo Inscrito ☐ Socio Doméstico ☐ COBRA

☐ Nueva Solicitud Fecha Efectiva \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ Cambio de Dirección Evento Calificador \_\_\_\_

☐ Quitar Dependiente Fecha de Duración \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ Cambio de Nombre \_\_\_\_

☐ Agregar Dependiente Event Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ Cambio de PCP- (Médico de Atención Primaria) Fecha del Evento Calificador \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ Terminar Cobertura Fecha de Duración \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ Otro: \_\_\_\_ 18 \_\_\_\_ 29 \_\_\_\_ 36 meses

**A. INFORMACION DEL SUSCRIPTOR – POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE CLARA, USE TINTA NEGRA**

<b>E M P L E A D O</b>	Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Socio Doméstico <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
	Dirección Domiciliaria (Calle)		Número de Apartamento	Ciudad, Estado	Zona Postal	Número de Teléfono Residencial
	Dirección de Facturación (si es diferente a la anterior)		Número de Apartamento	Ciudad, Estado	Zona Postal	Dirección de Correo Electrónico
	Nombre del Empleador				Departamento / Sitio	
	Fecha de Contratación (Mes/Día/Año)		Número de Teléfono del Trabajo		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	
	Título de Puesto		Número de Dependientes		Tipo de Cobertura Elegida: <input type="checkbox"/> Empleado Solamente <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e Hijo(s) <input type="checkbox"/> Empleado y Familia	

**B. INDIVIDUOS CUBIERTOS – COBERTURA MEDICA/DENTAL**

Si está renunciando a la cobertura de salud médica, por favor complete la Sección H. ☐ Este es un plan de salud de grupo para empleados solamente. No provee cobertura para dependientes.

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre) Enumere solamente a los miembros de familia que se van a asegurar, quitar o cambiar) (REQUERIDO)	Número de Seguro Social (REQUERIDO)	Sexo	Fecha de Nacimiento (mes/día/año) (REQUERIDO)	Grupo de Médico de Atención Primaria	Nombre del Médico de Atención Primaria	Marque si es paciente al momento	Por favor marque si la cobertura de inscripción es para cobertura:		
							Médica	Dental	Ambas
#1-Empleado		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#2-Cónyuge		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#3-Dependiente		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#4-Dependiente		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#5-Dependiente		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#6-Dependiente		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si está proporcionando hojas adicionales, marque aquí ☐ y adjunte las hojas antes de sellar este Formulario de Inscripción.

**C. OTRO SEGURO**

¿Después de haberse inscrito con el Plan de Salud Prominence, usted o sus dependientes (si están cubiertos bajo este plan de grupo) tendrá(n) algún otro seguro? ☐ Sí ☐ No  
Si respondió que sí, por favor provea la siguiente información:

**C1. OTRO SEGURO - INDIVIDUOS CUBIERTOS – Si se requiere de espacio adicional, por favor adjunte una hoja por separado, firme y feche la hoja**

Nombre del Individuo Cubierto <i>Enumere solamente a los miembros de familia que tendrán otra cobertura de seguro al tiempo de inscripción</i>	Nombre de la Entidad	Número de Teléfono de la Entidad	Fecha Efectiva	Número de Póliza	Número de Grupo	Asegurado	Fecha de Nacimiento del Asegurado

**C2. INDIVIDUOS CUBIERTOS POR MEDICARE**

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Cobertura ( <i>seleccione ambos si corresponde</i> )	Fecha Efectiva	Número de Póliza	Número de Póliza	Jubilado
	<input type="checkbox"/> Medicare A <input type="checkbox"/> Medicare B			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Medicare A <input type="checkbox"/> Medicare B			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Medicare A <input type="checkbox"/> Medicare B			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Medicare A <input type="checkbox"/> Medicare B			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**D. CONDICIONES DE INSCRIPCION:**

En mi nombre y para mis dependientes inscritos, Por la presente (1) solicito cobertura de salud a través del Plan de Salud Prominence (2) estoy de acuerdo en cumplir todas las políticas y procedimientos del Plan de Salud Prominence incluyendo elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones y otros términos de la Evidencia de Cobertura; (3) autorizo que cualquier médico, hospital u otro proveedor de la salud libere al Plan de Salud Prominence cualquier y toda información médica y registros según sean solicitados para la administración y manejo, así como para propósitos médicos (4) cooperar con y proveer cualquier y todo consentimiento, liberaciones y otras asignaciones necesarias para que el Plan de Salud Prominence coordine los beneficios de este y cualquier otro seguro o cobertura; y (5) hacer los copagos requeridos como se detallan en la Cobertura de Evidencia y el Resumen de Beneficios.

Si se aprueba y se acepta la cobertura, Yo autorizo cualquier deducción de nómina que sea necesaria para la cobertura que he elegido. Yo certifico que la información anterior es correcta según mi leal saber y entender. Yo estoy de acuerdo que una copia de esta autorización será tan válida como el original.

Por la presente declaro que las respuestas porporcionadas anteriormente son correctas según mi leal saber y entender. Yo entiendo que la información, que he proporcionado junto con cualquier información solicitada por parte de proveedores médicos, podrá ser usada en determinar si la cobertura estará disponible. Yo entiendo que cualquier declaración esencial incorrecta o la falta de proveer información podrá resultar en que no se ofrezca cobertura. Tal declaración incorrecta o la falta de proveer información podrá resultar también en que se termine la cobertura de mi grupo. Cualquier declaración o afirmación esencialmente falsa, ficticia o fraudulenta podrá resultar en multas Federales o encarcelamiento de no más de 5 años o ambos.

**E. AUTORIZACION:**

Yo autorizo a cualquier médico, médico practicante, hospital, clínica, u otro centro médico o centro con relación médica, aseguradora o compañía de reaseguros o agencia de informe del consumidor o empleador que tenga información disponible de diagnóstico, tratamiento o pronóstico con respecto a cualquier condición física o mental incluyendo información relacionada con drogas y /o alcoholismo y/o mi tratamiento o de mis hijos menores y cualquier otra información no médica con respecto a mí o a mi mis hijos menores que le provea al Plan de Salud Prominence cualquier o toda dicha información.

Yo entiendo que la información obtenida por el uso de esta Autorización será usada por el Plan de Salud Prominence para determinar si el Plan de Salud ofrecerá al grupo, a través del cual estoy solicitando, cobertura. Cualquier información obtenida por el Plan de Salud se mantendrá estrictamente confidencial y no será usada para ningún propósito que no sea más que el de determinar si proveer dicha cobertura.

1) YO SE que puedo solicitar una copia de esta autorización.

2) YO ESTOY DE ACUERDO que una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

3) YO ESTOY DE ACUERDO que esta autorización será válida por un periodo de dos años y medio de la fecha que se muestra a continuación.

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

☐ Si corresponde, Yo reconozco que me estoy inscribiendo en un plan de salud de grupo que me cubre a mí como empleado solamente y no incluye la cobertura de dependientes, ya sea de cónyuge o de niños.

**F. AUTORIZACION SPECIFICA PARA PARTICIPAR EN MEDIACION Y ARBITRAJE**

Tanto usted como todos los dependientes cubiertos bajo el plan (de aquí en adelante "usted") y el Plan de Salud Prominence (colectivamente las "partes") específicamente autorizan y acuerdan resolver cualquier y toda disputa, reclamo o controversia derivada de o relacionada con el plan a través de la mediación, y si la mediación no es exitosa, a través del arbitraje vinculante antes de iniciar una demanda civil en un tribunal de jurisdicción general.

El arbitraje es más informal que una demanda en un tribunal. El arbitraje usa un árbitro neutral en lugar de un juez o jurado, permite un descubrimiento más limitado que en un tribunal, y está sujeto a una revisión muy limitada por los tribunales. Los árbitros pueden conceder los mismos daños y perjuicios que puede conceder un tribunal. Cualquier arbitraje bajo este acuerdo de mediación/arbitraje se llevará a cabo de forma individual; no se permiten arbitrajes colectivos y acciones colectivas y consolidaciones de reclamos múltiples del individuo. El Plan de Salud Prominence está de acuerdo en pagar los honorarios y gastos del árbitro o mediador. El Plan de Salud Prominence y usted acuerdan arbitrar todas las disputas y reclamos entre nosotros incluyendo, pero no limitado a cualquier disputa, reclamo o controversia que se derive de o relacionada con el plan, incluyendo cualquier reclamo para beneficios, violación estatutaria, incumplimiento de deber fiduciario, ejecución, interpretación o validez de reclamos ("reclamos cubiertos"), incluyendo la determinación del alcance o aplicabilidad de este acuerdo de mediación/arbitraje.

Usted puede rechazar este acuerdo de mediación/arbitraje al firmar la Sección G a continuación.

Usted también puede rechazar este acuerdo de mediación/arbitraje al enviar una notificación escrita al Plan de Salud Prominence a la dirección de notificación proporcionada en el plan dentro de treinta (30) días de: (1) la fecha en la cual usted primero recibió notificación del plan conteniendo este acuerdo de mediación/arbitraje o (2) el último día del primer periodo anual de inscripción siguiendo la fecha en que primero recibió la notificación del plan conteniendo este acuerdo de mediación/arbitraje.

Yo específicamente autorizo y estoy de acuerdo en nombre mío y todos los Dependientes cubiertos bajo el Plan de participar en Mediación y Arbitraje.

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_

**G. DECLINATORIA DEL DERECHO A MEDIACION Y ARBITRAJE – para ser completado si la mediación y el arbitraje obligatorio es declinado o rechazado por un empleado elegible y/o sus miembros de familia elegibles****1. Mediación y Arbitraje Declinado Por:**

- ☐ Mí mismo  
☐ Cónyuge/Socio Doméstico  
☐ Dependientes

Los individuos que fueron marcados en la casilla G.1. no desean participar en mediación y arbitraje. Yo he leído la Sección F anterior y renuncio los derechos de los individuos marcados en la casilla G.1. de participar en mediación y arbitraje.

Yo reconozco que estoy declinando a arbitrar y mediar disputas, reclamos o controversias derivadas de o relacionadas con el Plan.

Por favor firme aquí SOLO si se está declinando a estar de acuerdo con la Mediación y Arbitraje.

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_

**H. DECLINACION/RENUNCIA DE COBERTURA – para ser completada si la cobertura médica y/o dental es declinada o rechazada por un empleado elegible y/o sus miembros de familia elegibles****1. Cobertura Médica Declinada Por:**

- ☐ Mí mismo ☐ Cónyuge/Socio Doméstico  
☐ Dependientes

Razón por la Declinación de la Cobertura (si corresponde, por favor adjunte el anverso/reverso de su tarjeta de identificación de Cobertura de la Salud.)

☐ Cubierto por cónyuge/cobertura de grupo del socio doméstico – Nombre de la Entidad e Identificación \_\_\_\_\_

**2. Cobertura Dental Declinada Por:**

- ☐ Mí mismo ☐ Cónyuge/Socio Doméstico  
☐ Dependientes

☐ Inscrito en otros Planes de Entidad Aseguradora – Nombre de la Entidad e Identificación \_\_\_\_\_

☐ Cónyuge/Socio Doméstico cubierto por la cobertura médica del grupo del empleador

☐ Cónyuge/Socio Doméstico cubierto por la cobertura dental del grupo del empleador

☐ Medicare ☐ Cubierto por TRICARE o CHAMPVA

☐ Indian Health Services

☐ Otro (Explique) \_\_\_\_\_

**3. Cobertura Declinada Por:**

- ☐ Sin seguro al momento  
☐ Tengo cobertura bajo el plan de mi cónyuge

Yo reconozco que se me ha proporcionado el derecho de solicitar para esta cobertura, aunque, estoy eligiendo no inscribirme. Al declinar esta cobertura de grupo Yo reconozco que yo mismo y/o mis dependientes posiblemente tenga(mos) que esperar hasta la siguiente fecha de aniversario del plan para ser inscritos para cobertura de grupo

Por favor firme aquí SOLO si usted está declinando la cobertura para usted mismo o dependientes(s)

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_