

Nombre del grupo	
Número de cuenta principal	
Cláusula adicional de seguro médico	
Renuncia a una contratación nueva durante la inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Obligatorio

Formulario de solicitud y cambio de PPO de inscripción grupal TIPO DE PLAN _____

SECCIÓN 1: ACCIÓN SOLICITADA: Marque todas las casillas que correspondan y complete las demás secciones que correspondan a su selección.			
<ul style="list-style-type: none"> La fecha de contratación es obligatoria para todas las nuevas personas inscritas y las elecciones de inscripción abierta. Quienes se inscriban tarde no serán elegibles para la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta. Consulte la documentación de su cobertura. La inscripción fuera del período de inscripción abierta debe producirse por un acontecimiento que califique y se debe presentar la documentación requerida. Para evitar demoras, asegúrese de completar esta solicitud en su totalidad y de manera legible. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Puede enviar su solicitud completa a HPGroupEnrollment@BSWHealth.org. El procesamiento demorará 5 días hábiles. 			
Si rechaza la cobertura, complete las Secciones 2 y 6. (Si un empleado está actualmente inscrito y no desea renovar la cobertura, la acción que debe solicitar es una finalización, no un rechazo).			
Evento de inscripción: Marque TODAS las casillas que correspondan.			
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Contratación nueva <input type="checkbox"/> Miembro actual	Fecha de la contratación __/__/__	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Hay un acontecimiento que califica? <i>Seleccione el acontecimiento correspondiente e ingrese la fecha de este. Fecha de vigencia sujeta a las pautas del plan de pensión simplificada para empleados (Simplified Employee Pension, SEP)</i>	Fecha de finalización/cancelación __/__/__
<input type="checkbox"/> Recontratación	Fecha de la recontratación __/__/__	<input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción Prueba de adopción obligatoria Fecha de nacimiento/adopción __/__/__	<input type="checkbox"/> Finalización del contrato <i>(Persona inscrita y todos los dependientes)</i> <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida
Otros cambios <input type="checkbox"/> Adición de dependientes <input type="checkbox"/> Cambio en la opción del plan <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Fecha de inicio de cobertura según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (<i>Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA</i>) __/__/__	<input type="checkbox"/> Matrimonio Prueba de matrimonio obligatoria Fecha del matrimonio __/__/__	<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura Prueba de pérdida de la cobertura obligatoria Fecha de finalización de la cobertura __/__/__	<input type="checkbox"/> Finalización de cobertura de dependientes <i>Complete las Secciones 4, 5 y 6.</i> Motivo de la finalización <input type="checkbox"/> Finalización del empleo <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Finalización de los beneficios <input type="checkbox"/> Muerte: Fecha __/__/__
	<input type="checkbox"/> Orden judicial Orden judicial o sentencia obligatoria Fecha de la orden __/__/__		

SECCIÓN 2: RECHAZO DE LA COBERTURA

Conserve el formulario para sus registros. No es necesario enviar el formulario a Baylor Scott & White Insurance Company para los grupos actuales. Se requieren exenciones para las presentaciones de los grupos nuevos. Si un empleado está actualmente inscrito y no desea renovar la cobertura, la acción solicitada es una finalización, no un rechazo.

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, es posible que pueda inscribirse usted o sus dependientes en este plan en el futuro, siempre que solicite la inscripción dentro de los treinta y un (31) días posteriores a que finalice su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o es parte de un proceso legal de adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los treinta y un (31) días posteriores al acontecimiento que califica.

- Rechazo la inscripción en Baylor Scott & White Insurance Company, durante mi período de elegibilidad inicial debido al motivo indicado a continuación. **(empleado) O**
- Rechazo la inscripción en Baylor Scott & White Insurance Company, para mis **dependientes** durante mi período de elegibilidad inicial debido al motivo indicado a continuación.

Motivo del rechazo de la cobertura:

- Yo o mis dependientes contamos con la cobertura de otro plan de beneficios del plan de salud.
- Rechazo la cobertura por otro motivo (especificar):

SECCIÓN 3: OTRA COBERTURA (OBLIGATORIO)

¿Estarán usted o sus dependientes, que solicitan cobertura, cubiertos por otro plan de salud grupal o por Medicare? Sí No (En caso afirmativo, completar a continuación)

Nombre de la aseguradora	Nombre del titular de la póliza _____ Número de póliza _____ Número de póliza y fecha de inicio de la cobertura ____/____/____
--------------------------	--

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO: Toda la información en esta sección es necesaria para realizar un procesamiento preciso y oportuno.

Selección de la cobertura Médica <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Sin cambios		Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Sin cambios		De vida <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar	
* Número de Seguro Social	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Título	
Dirección postal		Dpto.	Ciudad	Estado	Código postal
Lugar de residencia (si no es igual que la dirección anterior)		Dpto.	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal		Teléfono secundario	Dirección de correo electrónico		
Condición laboral <input type="checkbox"/> Activo/a <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Exento/a		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a)/ Divorciado(a)/ Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Idioma oral principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (indicar)		Idioma escrito <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (indicar)			
¿Tiene alguna discapacidad que afecte su capacidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES: Complete toda la información que corresponda de esta sección.

Enumere todos los miembros de la familia actualmente activos y las acciones necesarias. Complete todos los campos en su totalidad para garantizar un procesamiento correcto.

Médico <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Título
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Idioma principal Oral: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica* <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	¿Tiene alguna discapacidad que afecte su capacidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Médico <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Título
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Idioma principal Oral: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica* <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	¿Tiene alguna discapacidad que afecte su capacidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Médico <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Título
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Idioma principal Oral: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica* <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	¿Tiene alguna discapacidad que afecte su capacidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Médico <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Título
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Idioma principal Oral: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica* <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	¿Tiene alguna discapacidad que afecte su capacidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Médico <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Título
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Idioma principal Oral: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica* <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	¿Tiene alguna discapacidad que afecte su capacidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

SECCIÓN 6: FIRMA DE RECONOCIMIENTO

Por la presente, certifico que, a mi leal saber y entender, las respuestas proporcionadas son correctas, veraces y completas. Además, autorizo a mi médico con licencia, médico practicante, hospital, clínica u otro centro, organización, institución o persona relacionada con la medicina que tenga algún registro o conocimiento sobre mí, mi familia o nuestra salud, a proporcionarle a Baylor Scott & White Insurance Company, cualquier información solicitada. Será válida una copia fotográfica de esta autorización. Entiendo que yo o mis dependientes podemos estar cubiertos por otro seguro grupal, y cooperaré plenamente con el plan de salud para brindar la información necesaria para coordinar los beneficios.

HE LEÍDO Y ACEPTO EL SIGUIENTE ACUERDO

Comprendo que me pueden enviar por correo postal o transmitir electrónicamente el Certificado de cobertura, la Explicación de beneficios o cualquier otro documento, aviso o comunicado obligatorio. Al completar el formulario de inscripción, acepto el envío electrónico de estos comunicados. Puedo comunicarme con Baylor Scott & White Insurance Company al 844-633-5325 para retirar mi consentimiento en cualquier momento. Si se retira el consentimiento, la documentación se proporcionará en papel durante el período de beneficio de la póliza.

_____ Inicial

Firma	Nombre en imprenta	Fecha (MM/DD/YYYY)
-------	--------------------	--------------------

Envíe la solicitud completa a través de uno de los siguientes medios:

Correo electrónico	Email: HPGroupEnrollment@BSWHealth.org Subject line: Group Name/Group Number/Division
Fax	Fax 254-298-3199
Correo postal	Baylor Scott & White Insurance Company MS-A4-126 1206 West Campus Drive Temple, TX 76502