



Nombre del empleador	
N.º de Grupo/División	
N.º de Dental/División #	
N.º de Vida/División	

(Obligatorio)

Grupo HMO Formulario de solicitud de inscripción y cambios

SECCIÓN 1: ACCIÓN SOLICITADA		Marque todas las casillas aplicables – Complete sección 5 si rechaza cobertura	
<input checked="" type="checkbox"/> Afiliado nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Terminación	<input checked="" type="checkbox"/> Cambio	
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Terminar cobertura médica (todos los miembros)	<input type="checkbox"/> Agregar dependiente(s)	
<input type="checkbox"/> Contratación nueva/Contratado de nuevo	<input type="checkbox"/> Terminar cobertura médica de dependiente(s)	<input type="checkbox"/> Cambiar opción de plan	
<input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción	<input type="checkbox"/> Terminar cobertura dental (todos los miembros)	<input type="checkbox"/> Cambio(s) demográficos	
<input type="checkbox"/> Afiliado tardía	<input type="checkbox"/> Terminar cobertura dental de dependiente(s)	FECHA DE CONTRATACIÓN: _____ (Obligatorio) FECHA DE TERMINACIÓN: _____	
<input type="checkbox"/> Fecha de matrimonio (Se requiere pruebas de matrimonio)	<input type="checkbox"/> Terminar cobertura de vida (solo empleado)		
<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura (Se requiere pruebas de pérdida)	Motivo: _____		
<input type="checkbox"/> Mandato judicial (Se requiere Mandato judicial o Decreto)	_____		

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO					
Nombre		In. 2.º	Apellido		Sufijo
* Número de Seguro Social	Fecha nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado laboral: <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> No exento <input type="checkbox"/> Jubilado		
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/Divorciado/Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro _____			Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		
Dirección residencial	Apto	Ciudad	Estado	Cód. postal	Condado
Dirección de correo (si diferente a la de arriba)	Apto	Ciudad	Estado	Cód. postal	Condado
Teléfono primario <input type="checkbox"/>	Móvil <input type="checkbox"/> Línea fija	Teléfono secundario		Móvil <input type="checkbox"/> Línea fija <input type="checkbox"/>	
Dirección de correo electrónico			Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Correo		
¿Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Se inscribirá en cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Se inscribirá en cobertura de seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE						
DEPENDIENTE	Nombre		In. 2.º	Apellido		Sufijo
	* Número de Seguro Social	Fecha nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
	¿Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		
	¿Se inscribirá en cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Se inscribirá en cobertura de seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
DEPENDIENTE	Nombre		In. 2.º	Apellido		Sufijo
	* Número de Seguro Social	Fecha nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
	¿Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		
	¿Se inscribirá en cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Se inscribirá en cobertura de seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
N	Nombre		In. 2.º	Apellido		Sufijo

	* Número de Seguro Social	Fecha nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
	¿Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
	¿Se inscribirá en cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se inscribirá en cobertura de seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
DEPENDIENTE	Nombre	In. 2.º	Apellido	Sufijo
	* Número de Seguro Social	Fecha nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
	¿Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma principal: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____	
	¿Se inscribirá en cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se inscribirá en cobertura de seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del empleador	
N.º de Grupo/División	
N.º de Dental/División #	
N.º de Vida/División	

(Obligatorio)

SECCIÓN 4: OTRA COBERTURA	
¿Tendrá cobertura usted o sus dependientes que están postulando para cobertura bajo otro plan médico grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (De ser así, complete la información más abajo)	
Nombre de la compañía de seguros	Nombre del titular de la póliza

SECCIÓN 5: RECHAZO DE COBERTURA
Si usted rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluyendo a su esposo/a) debido a otra cobertura de seguro médico, es posible que pueda inscribirse, usted y sus dependientes, en este plan en el futuro, siempre que solicite la inscripción dentro de 31 días después de la terminación de su otra cobertura. Además, si tiene un dependiente nuevo debido a matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.
<input type="checkbox"/> Yo rechazo la inscripción en Scott and White Health Plan durante mi periodo inicial de elegibilidad debido al motivo indicado más abajo. (empleado)
<input type="checkbox"/> Yo rechazo la inscripción en Scott and White Health Plan para mis dependientes durante mi periodo inicial de elegibilidad debido al motivo indicado más abajo.
Motivo para rechazar cobertura:
<input type="checkbox"/> Yo y/o mis dependientes estoy/estamos cubiertos bajo un plan de beneficios de otro plan médico. Otro:
El Grupo o Plan Médico no me ha desalentado para inscribirme para cobertura.

SECCIÓN 6: REVELACIONES
[Planes de Beneficios de Consumer Choice: Usted tiene la opción de elegir este plan de atención médica de Organización de Mantenimiento de la Salud Consumer Choice of Benefits (Elección de Beneficios del Consumidor), el cual, de forma total o parcial, no proporciona los beneficios de salud mandados por el estado que son normalmente exigidos en la evidencia de cobertura de Texas. Este plan de beneficio de salud estándar puede brindarle un plan de salud más asequible, aunque, al mismo tiempo, puede brindarle menos beneficios del plan de salud que aquellos normalmente incluidos como beneficios de salud mandados por el estado en Texas. Si usted elige este plan de beneficio de salud estándar, sírvase consultar con su agente de seguros para averiguar qué beneficios de salud mandados por el estado están excluidos en esta evidencia de cobertura.]
Si es aplicable, la afiliada puede seleccionar un obstetra o ginecólogo de acuerdo a lo establecido en el <i>Texas Insurance Code</i> , Capítulo 1451, Subcapítulo F . La afiliada puede designar la selección aquí: _____
La afiliada no tiene la obligación de seleccionar un obstetra o ginecólogo, y puede recibir servicios de ginecólogo-obstetra de un médico de cuidado primario o proveedor de cuidado primario.

SECCIÓN 7: FIRMA DE RECONOCIMIENTO

A través de la presente certifico que a mi leal saber y entender las respuestas proporcionadas aquí son correctas, veraces y completas. Además, con la presente autorizo a mi médico certificado, médico practicante, hospital, clínica u otra instalación, organización, institución o persona médicamente relacionada que tenga cualquier record o conocimiento de mí, de mi familia o de nuestra salud, a proporcionar dicha información a Scott and White Health Plan si es solicitada. Una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que yo o mis dependientes podemos tener cobertura de otro seguro médico grupal y yo cooperaré completamente con el Plan médico en proporcionar información que sea necesaria para coordinar beneficios.

Firma:	Escriba su nombre en letra de molde:	Fecha (MM/DD/AAAA)
--------	--------------------------------------	--------------------

Envíe su solicitud completada por uno de los siguientes métodos:	Email:	Email: swhpgroupenrollment@sw.org Línea de asunto: Nombre de Grupo/Número de Grupo/División
	Fax:	Fax 254-298-3199
	Correo:	Scott and White Health Plan MS-A4-126 1206 West Campus Drive Temple, TX 76502
	Portal:	Si aplica Si tiene problemas enviando su solicitud por el portal, envíe un correo electrónico a swhpgroupenrollment@sw.org con N.º de Identificación de la Solicitud.