



¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver

Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado en Primera Blue Cross

Effective Date of Enrollment, Termination or Change: / Fecha de entrada en vigencia de la inscripción, finalización o cambio:		/01/	Employer Name: / Nombre del empleador:		Class / Clase		Medical Plan / Plan médico	
Check One / Marque una casilla	☐ New Enrollee / Nuevo solicitante	☐ Cancellation / Cancelación	☐ Name Change / Cambio de nombre	☐ Add Dependents / Agregar dependientes	☐ Delete Dependents / Eliminar dependientes	☐ Address Change / Cambio de dirección		
	☐ Waiving / Renuncia	☐ COBRA / COBRA						
Personal Information: (Please Print Clearly) / Información personal: (en letra imprenta legible)								
Employee Name: / Nombre del empleado:	Last: / Apellido:				SSN: / N.º de Seguro Social:			
	First: / Nombre:				M.I. / Inicial del segundo nombre:		Date of Birth: / Fecha de nacimiento: ____/____/____	
Mailing Address: / Dirección:					Hire Date: / Fecha de contratación: ____/____/____			
					Hours per week: / Horas por semana:			
City: / Ciudad:			State: / Estado:	Zip Code: / Código postal:				
Phone: / Teléfono: ()			Marital Status: / Estado civil:	Date of Marriage: / Fecha de matrimonio:		Gender: / Sexo:	☐ Male / Masculino ☐ Female / Femenino	
Name of Enrolling Dependent(s) / Nombre de los dependientes del solicitante		Birth Date / Fecha de nacimiento	Relationship to Employee / Parentesco con el empleado		Sex / Sexo	SSN / N.º de Seguro Social	Election / Elección	
							Medical / Plan médico	Dental / Plan dental
1)			☐ Spouse / Cónyuge ☐ Child / Hijo ☐ Domestic Partner / Pareja de hecho		☐ Male / Masculino ☐ Female / Femenino		☐ Add / Agregar ☐ Delete / Eliminar	☐ Add / Agregar ☐ Delete / Eliminar
2)			☐ Child / Hijo		☐ Male / Masculino ☐ Female / Femenino		☐ Add / Agregar ☐ Delete / Eliminar	☐ Add / Agregar ☐ Delete / Eliminar
3)			☐ Child / Hijo		☐ Male / Masculino ☐ Female / Femenino		☐ Add / Agregar ☐ Delete / Eliminar	☐ Add / Agregar ☐ Delete / Eliminar
4)			☐ Child / Hijo		☐ Male / Masculino ☐ Female / Femenino		☐ Add / Agregar ☐ Delete / Eliminar	☐ Add / Agregar ☐ Delete / Eliminar
5)			☐ Child / Hijo		☐ Male / Masculino ☐ Female / Femenino		☐ Add / Agregar ☐ Delete / Eliminar	☐ Add / Agregar ☐ Delete / Eliminar



¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver

Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado en Primera Blue Cross

Beneficiary for Basic Life / AD&D Insurance Benefit/ Beneficiario para el beneficio de seguro de vida básico/por muerte accidental y desmembramiento					
Name: / Nombre:		Relationship: / Parentesco:			
Address: / Dirección:					
Current Coverage, Prior Coverage and Coordination of Benefits: / Cobertura actual, cobertura anterior y coordinación de beneficios: If you or any dependent currently has or has had other group medical coverage (including Medicare) within the last three calendar months, please complete below. / Si usted o algún dependiente tiene actualmente o ha tenido cobertura médica grupal (incluso Medicare) en los últimos tres meses calendario, complete la siguiente sección.					
Name of Family Member / Nombre del miembro de la familia	Other Employer (or Medicare) / Otro empleador (o Medicare)	Date Coverage Began / Fecha de inicio de la cobertura	Date Coverage Ended / Fecha de finalización de la cobertura	Name of Insurance Carrier / Nombre de la compañía aseguradora	Plan Number / Número de plan
Mediante mi firma a continuación, reconozco que he leído, comprendo y acepto los términos y condiciones incluidos en todas las páginas de este formulario.					
Employee Signature / Firma del empleado				Date / Fecha	

Términos y condiciones

Acuerdo de solicitud

Por el presente solicito la cobertura en virtud del contrato entre el emisor y mi empleador o grupo, y estoy de acuerdo con los términos del contrato. También solicito la misma cobertura para mi cónyuge y/o mis hijos incluidos en esta solicitud. Certifico que mis dependientes incluidos y yo cumplimos con todos los criterios de elegibilidad establecidos en el resumen de beneficios y/o el contrato.

Acepto pagar por adelantado las tarifas correspondientes por mí y mis dependientes incluidos y autorizo los aumentos de tarifas que la compañía considere necesarios.

Declaración antifraude

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. He proporcionado estas respuestas como parte del procedimiento de solicitud requerido por el emisor para inscribirme en la cobertura y certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que el emisor se basará en cada respuesta para tomar determinaciones sobre cobertura y calificación.



¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver

Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado en Primera Blue Cross

Divulgación de la información

Reconozco y entiendo que mi plan de salud puede solicitar o divulgar información de salud sobre mí o mis dependientes (personas que son elegibles para la cobertura de beneficios y se enumeran en el formulario de inscripción) con el propósito de facilitar el tratamiento de atención de la salud, los pagos o con el fin de realizar operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de atención de la salud o según lo requerido por la ley. La información de salud solicitada o divulgada puede estar relacionada con el tratamiento o los servicios prestados a través de: un médico, dentista, farmacéutico u otro médico o profesional de atención de la salud especialista en comportamiento, una clínica, un hospital, un centro médico de atención a largo plazo o de otro tipo, cualquier otra institución que brinde tratamiento, consultas, fármacos o suministros, o una compañía aseguradora o plan de salud grupal. La información de salud solicitada o divulgada puede incluir, entre otros: registros de reclamaciones, correspondencia, historias clínicas, estados de cuenta, informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales o registros hospitalarios (incluidos los registros de enfermería y notas de progreso). Este reconocimiento no se aplica a la obtención de información sobre notas de psicoterapia. Se utilizará una autorización por separado para las notas de psicoterapia.

Medical Coverage Underwritten by

Premiera Blue Cross; 7001 220th St SW; Mountlake Terrace, WA 98043

Premiera HMO; 7001 220th St SW; Mountlake Terrace, WA 98043

Dental Coverage Underwritten by

Delta Dental Of Washington; 400 Fairview Avenue North, Suite 800; Seattle, WA 98109

Vision Coverage Underwritten by

VSP Vision Care, Inc. (HCSC); 3333 Quality Drive; Rancho Cordova, CA 95670

Life/AD&D Coverage Underwritten by

USABLE Life; PO Box 1650; Little Rock, AR 72223

Employee Assistance Program Underwritten by

First Choice Health Network, Inc.; 600 University Street, Ste 1400; Seattle, WA 98101

Administered by Vimly Benefit Solutions, Inc.

Physical address:

12121 Harbour Reach Drive, Suite 105

Mukilteo, WA 98275

Mailing address:

PO Box 6

Mukilteo, WA 98275

Phone:

(425) 771-7359

Fax:

(425) 771-1226

E-mail:

waia@vimly.com

Este documento ha sido traducido del inglés como cortesía. Premiera Blue Cross no asegura ni garantiza la exactitud de la traducción y no asume responsabilidad por inexactitudes, omisiones o errores en la traducción. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés.



¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver

Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado en Premera Blue Cross

La discriminación está prohibida por la ley

Premera Blue Cross cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Premera no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Premera:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles).

Si considera que Premera no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals

PO Box 91102, Seattle, WA 98111

Toll free 855-332-4535, Fax 425-918-5592, TTY 800-842-5357

Email AppealsDepartmentInquiries@PREMERA.com.

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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. / 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.