TARJETA DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO

P.O. Box 6927, Columbia, SC 29260
(803) 462-0151 / (800) 768-4375 FAX: (803) 870-8852

We make Benefits Better.

RAZÓN DE MATRICULACIÓN: NUEVA INSCRIPCIÓN ☐ CAMBIO ☐

(PAI uso solamente)
NO HAY PÉRDIDA NI GANANCIA: EE ☐ DEP ☐ NONE ☐

(Verificar en su caso.)
DEDUCCIÓN DE NÓMINA: EMPLEADO ☐ DEPENDIENTE ☐

Información de Empleado

EMPLEADOR :	Nº DEL GRUPO:	UBICACIÓN:
NOMBRE DEL EMPLEADO::	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL:	
A DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO: CÓDIGO POSTAL:
FECHA DE NACIMIENTO:	GÉNERO: M ☐ F ☐	ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO:	
FECHA EN QUE FUE EMPLEADO:	COBERTURA VIGENTE DESDE:	PERÍODO DE ESPERA (días): 30 ☐ 60 ☐ 90 ☐

Cobertura de Asistencia Médica

SELECCIÓN DE COBERTURA	***Médica***	***Dental***	***Visión***
SOLO	☐	☐	☐
EMPLEADO + CÓNYUGE	☐	☐	☐
EMPLEADO & 1 ☐ 2 ☐ 3+ ☐ NIÑOS	☐	☐	☐
FAMILIA (EMPLEADO, CÓNYUGE & NIÑOS)	☐	☐	☐

Cobertura de los Ddependientes

POR FAVOR, ENUMERE LOS DEPENTS (19 AÑOS DE EDAD Y MÁS) QUE SON ELEGIBLES PARA SU PROPIO EMPLEADOR MÉDICO PATROCINADO POR SEGUROS DE SALUD.

NOMBRE _____ RELACIÓN _____
NOMBRE _____ RELACIÓN _____
NOMBRE _____ RELACIÓN _____
NOMBRE _____ RELACIÓN _____
NOMBRE _____ RELACIÓN _____

Información Dependientes

☐ **CÓNYUGE** ☐ **COMPAÑER DOMÉSTICO**	Apellido	Primero Nombre	Inicial Media	Número de Seguridad Social	Fecha de nacimiento (*mm/dd/yyyy*)	Género: M ☐ F ☐
Dirección (si es diferente de la dirección del empleado arriba)						
Dirección de correo electrónico del cónyuge/pareja de familia				Teléfono del cónyuge/pareja de familia:		
NIÑO	Apellido	Primero Nombre	Inicial Media	Número de Seguridad Social	Fecha de nacimiento (*mm/dd/yyyy*)	Género: M ☐ F ☐
Dirección (si es diferente de la dirección del empleado arriba)						
Dirección de correo electrónico del niño				Teléfono de niño:		
NIÑO	Apellido	Primero Nombre	Inicial Media	Número de Seguridad Social	Fecha de nacimiento (*mm/dd/yyyy*)	Género: M ☐ F ☐
Dirección (si es diferente de la dirección del empleado arriba)						
Dirección de correo electrónico del niño				Teléfono de niño:		
NIÑO	Apellido	Primero Nombre	Inicial Media	Número de Seguridad Social	Fecha de nacimiento (*mm/dd/yyyy*)	Género: M ☐ F ☐
Dirección (si es diferente de la dirección del empleado arriba)						
Dirección de correo electrónico del niño				Teléfono de niño:		
NIÑO	Apellido	Primero Nombre	Inicial Media	Número de Seguridad Social	Fecha de nacimiento (*mm/dd/yyyy*)	Género: M ☐ F ☐
Dirección (si es diferente de la dirección del empleado arriba)						
Dirección de correo electrónico del niño				Teléfono de niño:		

SI CAMBIA LA COBERTURA, SÍRVASE ENUMERAR A CONTINUACIÓN: CAMBIO VIGENTE DESDE_____

☐ CAMBIO DE NOMBRE DE:_____ TO: _____

☐ SOLTERO A FAMILIAR (ENUMERE ARRIBA LOS DEPENDIENTES AGREGADOS).

☐ FAMILIAR A SOLTERO (ENUMERE ARRIBA LOS DEPENDIENTES BORRADOS).

☐ AGREGUE EL/LOS DEPENDIENTE/S. (ENUMERE ARRIBA.)

☐ BORRE EL/LOS DEPENDIENTE/S. (ENUMERE ARRIBA.)

Otra Cobertura	¿Tiene usted u otro miembro de su familia otra cobertura grupal médica, odontológica o de medicamentos, Programa de Empleados Federales (FEP), o Medicare? Si ☐ No ☐ Si responde SÍ: ☐ MEDICARE A Fecha De Vigencia _____ Número De Reclamación De Seguro _____ A. Nombre del Miembro de la Familia _____ y Nº de Seguro Social _____ B. Nombre de la Empresa de Seguros _____ Nº de Póliza _____ Fecha De Vigencia _____ C. Empleador del Miembro de la Familia _____ D. Indique Los Nombres de Las Personas Cubiertas: 1_____ 2_____ 3_____ 4_____ E. Compruebe cada tipo de servicio cubierto por esta póliza: Hospitalario ☐ Especialista / Médico ☐ Medicamentos Recetados ☐ Dental ☐ Visión ☐

POR EL PRESENTE CERTIFICO QUE SOY UN EMPLEADO DE TIEMPO COMPLETO EN ACTIVIDAD. ASIMISMO QUEDA ACORDADO QUE LA ACEPTACIÓN DE MI PRIMA POR PARTE DE MI EMPLEADOR EN CUALQUIER MOMENTO NO SIGNIFICARÁ UNA RENUNCIA O IMPEDIMENTO CON RESPECTO A DISPOSICIÓN ALGUNA DEL CONTRATO DE GRUPO, INCLUYENDO LAS DISPOSICIONES RELATIVAS A LOS REQUISITOS QUE REUNAMOS TANTOS YO COMO MIS DEPENDIENTES PARA RECIBIR LA COBERTURA. POR EL PRESENTE CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES QUE PRECEDEN, INCLUYENDO CUALQUIER DECLARACIÓN ADJUNTA, SON VERDADERAS Y COMPETAS SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. POR EL PRESENTE AUTORIZO A CUALQUIER PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA O A MI EMPLEADOR A DAR A CONOCER CUALQUIER REGISTRO O INFORMACIÓN A PLANNED ADMINISTRATORS, INC. SOBRE MÍ O MIS DEPENDIENTES. CUALQUIER COPIA DE ESTA DIVULGACIÓN SERÁ TAN VÁLIDA COMO EL ORIGINAL. POR EL PRESENTE AUTORIZO A MI EMPLEADOR A DEDUCIR DE LAS GANANCIAS DE MI NÓMINA LAS CONTRIBUCIONES DE PRIMA REQUERIDAS, SI EXISTIESE ALGUNA.

Firma de Empleado _____ Fecha _____

FIRME DEBAJO SI USTED <u>NO ESCOGE ESTAR CUBIERTO</u>:

POR EL PRESENTE CERTIFICO QUE ME HAN OFRECIDO UNA OPORTUNIDAD PARA ADHERIRME A LA COBERTURA BAJO ESTE PLAN AUSPICIADO POR MI EMPLEADOR Y HE DECIDIDO NO BENEFICIARME CON ESTE OFRECIMIENTO.

Firma de Empleado _____ Fecha _____

Non-Discrimination Statement and Foreign Language Access

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation or health status in our health plans, when we enroll members or provide benefits.

If you or someone you're assisting is disabled and needs interpretation assistance, help is available at the contact number posted on our website or listed in the materials included with this notice (TDD: 711).

Free language interpretation support is available for those who cannot read or speak English by calling one of the appropriate numbers listed below.

If you think we have not provided these services or have discriminated in any way, you can file a grievance by emailing contact@hcrcompliance.com or by calling our Compliance area at 1-800-832-9686 or the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD).

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de este plan de salud, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-396-0183. (Spanish)

如果您，或是您正在協助的對象，有關於本健康計畫方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥 1-844-396-0188。 (Chinese)

Nếu quý vị, hoặc là người mà quý vị đang giúp đỡ, có những câu hỏi quan tâm về chương trình sức khỏe này, quý vị sẽ được giúp đỡ với các thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-389-4838 (Vietnamese)

이 건강보험에 관하여 궁금한 사항 혹은 질문이 있으시면 1-844-396-0187로 연락해 주십시오. 귀하의 비용 부담없이 한국어로 도와드립니다. (Korean)

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa planong pangkalusugang ito, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-389-4839 . (Tagalog)

Если у Вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Вашего плана медицинского обслуживания, то Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на русском языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-389-4840. (Russian)

إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص خطة الصحة هذه، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة.للتحدث مع مترجم اتصل ب 1-844-396-0189 (Arabic)

Si ou menm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan plan sante sa a, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-844-398-6232. (French/Haitian Creole)

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions à propos de ce plan médical, vous avez le droit d'obtenir gratuitement de l'aide et des informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-844-396-0190. (French)

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie planu ubezpieczenia zdrowotnego, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-844-396-0186. (Polish)

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre este plano de saúde, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-396-0182. (Portuguese)

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su questo piano sanitario, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-844-396-0184. (Italian)

あなた、またはあなたがお世話をされている方が、この健康保険 についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-844-396-0185 までお電話ください。 (Japanese)

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu diesem Krankenversicherungsplan haben bzw. hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-396-0191 an. (German)

اگر شما یا فردی که به او کمک می کنید سؤالاتی در باره‌ی این برنامه‌ی بهداشتی داشته باشید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم، لطفاً با شماره‌ی 1-844-398-6233 تماس حاصل نمایید. (Persian-Farsi)

Ni da doodago t'áá háída bíká'aná nílwo'ígíí díí Béeso Ách'ąąh naa'nilígi háá'ída yí na' ídíł kidgo, nihá'áhóót'i' nihí ká'a'doo wołgo kwii ha'át'íshįį bí na'ídołkidígi doo bik'é'azláagóó. Ata' halne'é ła' bich'į' ha desdzih nínízingo, kojį' béésh bee hólne' 1-844-516-6328. (Navajo)