

Nombre del grupo	
Número de cuenta principal	
Cláusula adicional médica	
Renunciar a las nuevas contrataciones durante la inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Obligatorio

Formulario de solicitud y cambio de HMO de inscripción grupal

TIPO DE PLAN _____

Planes de beneficios de elección del consumidor: Usted tiene la opción de elegir este plan de atención médica de la organización de mantenimiento de la salud con elección de beneficios por parte del consumidor que, en su totalidad o en parte, no proporciona los beneficios de salud exigidos por el estado que normalmente se requieren en las evidencias de cobertura en Texas. Este plan estándar de beneficios de salud puede proporcionarle un plan de salud más asequible, aunque puede brindarle al mismo tiempo menos beneficios de salud que los que normalmente se incluyen como beneficios de salud exigidos por el estado en Texas. Si elige este plan estándar de beneficios de salud, consulte con su agente de seguros para conocer qué beneficios de salud exigidos por el estado están excluidos en esta evidencia de cobertura.

La persona inscrita puede seleccionar un obstetra o ginecólogo como médico de atención primaria, tal como se establece en el Capítulo 1451, Subcapítulo F del Código de Seguros de Texas (Texas Insurance Code, TIC), y puede indicar su selección aquí:

La persona inscrita no está obligada a seleccionar un obstetra o ginecólogo, sino que puede recibir servicios obstétricos o ginecológicos de su médico de atención primaria.

SECCIÓN 1: ACCIÓN SOLICITADA: Marque todas las casillas que correspondan y complete las demás secciones que correspondan a su selección.

- 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 deberse a un acontecimiento que califique y debe poder producir la documentación requerida.
- Las personas inscritas que finalicen su cobertura pueden estar sujetas al [TIC 843.210](#).
- Para evitar demoras, asegúrese de que esta solicitud esté completa y sea legible. Las solicitudes incompletas **no serán** procesadas. Puede enviar su solicitud completa a [SWHPGroupEnrollment@BSWHealth.org]. Su 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 _____	¿Hay un acontecimiento que califica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Seleccione el acontecimiento correspondiente e ingrese la fecha del mismo. Fecha de vigencia sujeta a las pautas de 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 (Persona inscrita y todos los dependientes) <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 COBRA _____	<input type="checkbox"/> Matrimonio Prueba de matrimonio obligatoria	Fecha del matrimonio _____	<input type="checkbox"/> Finalización de dependientes <i>Complete las Secciones 4, 5 y 6</i>

	<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura Pérdida de la cobertura obligatoria	Fecha de finalización de la cobertura _____	Motivo de la finalización <input type="checkbox"/> Finalización del empleo <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Finalización de los beneficios <input type="checkbox"/> Fecha: 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 Scott and White Health Plan, que opera como Baylor Scott & White Health Plan, 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, colocación para adopción o un niño que haya sido objeto de una demanda de adopción por parte del inscrito, es posible que puedan inscribirse usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los treinta y un (31) días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

- Rechazo la inscripción en Scott and White Health Plan, que opera como Baylor Scott & White Health Plan, durante mi período de elegibilidad inicial debido al motivo que se indica a continuación. **(Empleado) (O BIEN)**
- Rechazo la inscripción en Scott and White Health Plan, que opera como Baylor Scott & White Health Plan, para mis **dependientes** durante mi período de elegibilidad inicial debido al motivo que se indica a continuación.

Motivo del rechazo de la cobertura:

- Mis dependientes o yo 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, complete 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 _____	
Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Idioma principal		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino de hecho** Hijo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	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 _____		¿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 _____	
Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Idioma principal		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino de hecho** Hijo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	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 _____		¿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 _____	
Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Idioma principal		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino de hecho** Hijo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	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 _____		¿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 _____	
Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Idioma principal		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino de hecho** Hijo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	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 _____		¿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 _____	
Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	Idioma principal		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino de hecho** Hijo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	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 _____		¿Tiene alguna discapacidad que afecte su capacidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

*Requerido para procesar

**Documentación requerida para tramitar

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 relacionados con la medicina que tengan algún registro o conocimiento sobre mí, mi familia o nuestra salud, a brindarle a Scott and White Health Plan, que opera como Baylor Scott & White Health Plan, cualquier información que se solicite. 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 la Evidencia de cobertura, la Explicación de beneficios o cualquier otro documento, aviso o comunicado obligatorio. Al marcar esta casilla y colocar mis iniciales a continuación, acepto el envío electrónico de estos comunicados. Si no se selecciona la casilla, recibiré los comunicados en papel. Puedo comunicarme con Scott and White Health Plan, que opera como Baylor Scott & White Health Plan, al [800-321-7947] 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: SWHPGroupEnrollment@BSWHealth.org] [Subject line: Group Name/Group Number/Division]
Fax	[Fax 254-298-3199]
Correo postal	[Scott and White Health Plan d/b/a Baylor Scott & White Health Plan MS-A4-126 1206 West Campus Drive Temple, TX 76502]