

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 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 para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de 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 de beneficios de salud estándar podría proporcionarle un plan de salud más asequible, aunque, al mismo tiempo, es posible que le brinde menos beneficios del plan 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 no están incluidos 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 producirse por un acontecimiento que califique y se debe presentar la documentación requerida.
- Las personas inscritas que finalicen su cobertura pueden estar sujetas al [TIC 843.210](#).
- 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 ____/____/____	¿Hay un acontecimiento que califica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <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 (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"/> 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"/> Fecha de inicio de cobertura según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (<i>Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA</i>) __/__/____			
	<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura Prueba de 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"/> 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 Scott and White Health Plan, que opera bajo el nombre comercial de 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 niños que hayan sido objeto de una demanda de adopción por parte del inscrito, es posible que pueda 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 & White Care Plan, que opera bajo el nombre comercial de Baylor Scott & White Care Plan, durante mi período de elegibilidad inicial debido al motivo indicado a continuación. **(empleado) (O)**

Rechazo la inscripción en Scott and White Health Plan, que opera bajo el nombre comercial de Baylor Scott & White Health Plan, 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	Fecha de nacimiento __/__/__
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 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 __/__/__	
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 __/__/__	
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 __/__/__	
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 __/__/__	
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 brindarle a Scott and White Health Plan, que opera bajo el nombre comercial de Baylor Scott & White Health Plan, 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 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 bajo el nombre comercial de Baylor Scott & White Health Plan, 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	Scott and White Health Plan d/b/a Baylor Scott & White Health Plan MS-A4-126 1206 West Campus Drive Temple, TX 76502