

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 PPO de inscripción grupal

**PLAN TYPE** \_\_\_\_\_

<b>SECCIÓN 1: ACCIÓN SOLICITADA: Marque todas las casillas que correspondan y complete las demás secciones que correspondan a su selección.</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>La fecha de contratación es obligatoria para todas las nuevas personas inscritas y las elecciones de inscripción abierta.</li> <li>Quienes se inscriban tarde no serán elegibles para la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta. Consulte la documentación de su cobertura.</li> <li>La inscripción fuera del período de inscripción abierta debe ser por un acontecimiento que califique y debe poder presentar la documentación requerida.</li> <li>Para evitar demoras, asegúrese de que esta solicitud esté completa y sea legible. Las solicitudes incompletas <b>no serán</b> procesadas. Puede enviar su solicitud completa a [<a href="mailto:SWHPGroupEnrollment@BSWHealth.org">SWHPGroupEnrollment@BSWHealth.org</a>]. Su procesamiento demorará 5 días hábiles.</li> </ul>				
<b>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).</b>				
<b>Evento de inscripción: Marque TODAS las casillas que correspondan.</b>				
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Contratación nueva <input type="checkbox"/> Miembro actual	Fecha de la contratación _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>¿Hay un acontecimiento que califica? Seleccione el acontecimiento correspondiente e ingrese la fecha de este. 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 <b>Prueba de adopción obligatoria</b>	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 <b>Prueba de matrimonio obligatoria</b>	Fecha del matrimonio _____	<input type="checkbox"/> Finalización de cobertura de dependientes <i>Complete las Secciones 4, 5 y 6</i>
		<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <b>Prueba de pérdida obligatoria</b>	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"/> Orden judicial <b>Orden judicial o sentencia obligatoria</b>	Fecha de la orden _____	<input type="checkbox"/> Muerte: Fecha _____

<b>SECCIÓN 2: RECHAZO DE LA COBERTURA</b>
<p>Conserve el formulario para sus registros. No es necesario enviar el formulario a Baylor Scott &amp; White Insurance Company 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.</p> <p>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 o es parte de un proceso legal de adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los treinta y un (31) días posteriores al acontecimiento que califica.</p> <p><input type="checkbox"/> Rechazo la inscripción en Baylor Scott &amp; White Insurance Company durante mi período de elegibilidad inicial debido al motivo que se indica a continuación. <b>(Empleado) O BIEN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Rechazo la inscripción en Baylor Scott &amp; White Insurance Company para mis <b>dependientes</b> durante mi período de elegibilidad inicial debido al motivo que se indica a continuación.</p>

<b>Motivo del rechazo de la cobertura:</b>
<input type="checkbox"/> Mis dependientes o yo contamos con la cobertura de otro plan de beneficios del plan de salud. <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura por otro motivo (especificar):

<b>SECCIÓN 3: OTRA COBERTURA (OBLIGATORIO)</b>	
¿Estarán usted o sus dependientes, que solicitan cobertura, cubiertos por otro plan de salud grupal o por Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, complete a continuación).	
Nombre de la aseguradora	Nombre del titular de la póliza _____ Número de póliza _____ Fecha de inicio de la cobertura _____

<b>SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO: Toda la información en esta sección es necesaria para realizar un procesamiento preciso y oportuno.</b>				
<b>Selección de la cobertura Médica</b> <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Sin cambios		<b>Dental</b> <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Sin cambios		<b>De vida</b> <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				

<b>SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES: Complete toda la información que corresponda de esta sección.</b>				
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.				
<b>Médico</b> <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Título
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
<b>Dental</b> <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"/> Concubino de hecho** <input type="checkbox"/> Hijo <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			
<b>Médico</b> <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Título
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
<b>Dental</b> <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar	Idioma principal		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino de hecho ** <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Nieto/a	

<input type="checkbox"/> Cambio demográfico <input type="checkbox"/> Sin cambios	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"/> Otro dependiente elegible _____	
	¿Tiene alguna discapacidad que afecte su capacidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Médico</b> <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Título
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
<b>Dental</b> <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"/> Concubino de hecho ** <input type="checkbox"/> Hijo <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			
<b>Médico</b> <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Título
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
<b>Dental</b> <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"/> Concubino de hecho ** <input type="checkbox"/> Hijo <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			
<b>Médico</b> <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Cambio demográfico	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Título
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
<b>Dental</b> <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"/> Concubino de hecho** <input type="checkbox"/> Hijo <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			

\*Requerido para procesar

\*\*Documentación requerida para tramitar

SECCIÓN 6: FIRMA DE RECONOCIMIENTO		
<p>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 proporcionarle a Baylor Scott &amp; White Insurance Company, 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.</p>		
<p><input type="checkbox"/> <b>HE LEÍDO Y ACEPTO EL SIGUIENTE ACUERDO</b></p> <p>Comprendo que me pueden enviar por correo postal o transmitir electrónicamente el Certificado de cobertura, la Explicación de beneficios o cualquier otro documento, aviso o comunicado obligatorio. Al completar el formulario de inscripción, acepto el envío electrónico de estos comunicados. Puedo comunicarme con Baylor Scott &amp; White Insurance Company 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.]</p>		
Firma	Nombre en imprenta	Fecha (MM/DD/AAAA)

Envíe la solicitud completa a través de uno de los siguientes medios:	
<b>Correo electrónico</b>	[Email: <a href="mailto:SWHPGroupEnrollment@BSWHealth.org">SWHPGroupEnrollment@BSWHealth.org</a> ] [Subject line: Group Name/Group Number/Division]
<b>Fax</b>	[Fax 254-298-3199]
<b>Correo postal</b>	[Baylor Scott & White Insurance Company MS-A4-126 1206 West Campus Drive Temple, TX 76502]