



|                      |  |
|----------------------|--|
| Nombre del empleador |  |
| Grupo/División #     |  |
| Dental/División #    |  |
| Vida/División #      |  |

(Obligatorio)

## Grupo PPO (o EPO) Formulario de solicitud de inscripción y cambios

|   |                                      |  |                                   |   |
|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|---|
| <b>Envíe su solicitud completada por uno de los siguientes métodos:</b>   |                                      |  |                                   |   |
| <b>Correo electrónico</b>   |                                      | <b>Fax</b>   |                                   | <b>Correo</b>   |
| <a href="mailto:SWHPGroupEnrollment@bswhealth.org">SWHPGroupEnrollment@bswhealth.org</a><br><b>Línea de asunto: Nombre de Grupo/Número de Grupo/División</b>  |                                      | Fax 254-298-3199   |                                   | Scott and White Health Plan<br>MS-A4-126<br>1206 West Campus Drive<br>Temple, TX 76502  |
| <b>SECCIÓN 1: ACCIÓN SOLICITADA - Marque todas las casillas aplicables y complete las secciones adicionales que correspondan a su selección.</b>  |                                      |  |                                   |   |
| <p>Por favor, espere 5 días hábiles para el procesamiento. Para evitar demoras, envíe su formulario de inscripción completado directamente a <a href="mailto:swhpgroupenrollment@BSWHealth.org">swhpgroupenrollment@BSWHealth.org</a>. Evite demoras y / o posibles errores en el procesamiento al completar todos los campos requeridos, de manera legible. Las solicitudes recibidas sin la documentación adecuada no serán procesadas. La fecha de contratación es obligatoria en todos los nuevos inscritos y en las elecciones de inscripción abierta. Para los miembros que terminan la cobertura y / o el empleo, la cobertura permanece vigente hasta el final del mes en el que se proporcionó la notificación.</p> <p>Los inscritos tardíos no son elegibles para cobertura hasta el próximo Período de Inscripción Abierta. Consulte su explicación de cobertura (EOC). Si se inscribe fuera del período de inscripción abierta, debe tener un evento que califique para ser elegible.</p> |                                      |  |                                   |   |
| <p><b>Si está declinando la cobertura, complete las Secciones 2 y 6.</b><br/> <b>(Si un empleado está actualmente inscrito y no desea renovar, la acción para solicitar es una terminación, no una declinación).</b></p>  |                                      |  |                                   |   |
| <b>Evento de inscripción: marque TODAS las casillas que correspondan.</b>   |                                      |  |                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Inscripción Abierta<br><input type="checkbox"/> Nueva Contratación   | Fecha de Contratación (MM/DD/AAAA)   | <b>Evento Clasificador?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Seleccione el evento apropiado e ingrese la fecha del evento. |                                   | <b>Terminación / Cancelación</b><br><b>Fecha de conclusión (MM/DD/AAAA)</b>   |
| <input type="checkbox"/> Recontratación   | Fecha de Recontratación (MM/DD/AAAA) | <input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción<br><b>Prueba de adopción requerida</b>  | Fecha de nacimiento/adopción      | <input type="checkbox"/> Terminar el Contrato<br><i>(Inscrito y todos los dependientes)</i><br><input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida  |
| <b>Otros Cambios</b>  |                                      | <input type="checkbox"/> Matrimonio  | Fecha de casamiento               | <input type="checkbox"/> Terminar Cobertura de  |
| <input type="checkbox"/> Añadir dependiente(s)<br><input type="checkbox"/> Opción de cambio de plan <input type="checkbox"/> Cambios demográficos   |                                      | <b>Se requiere prueba de matrimonio</b>  |                                   | Dependiente(s)<br><i>Secciones completas 4, 5, and 6</i>  |
|   |                                      | <input type="checkbox"/> Pérdida de Cobertura<br><b>Prueba de pérdida requerida</b>  | Fecha en que terminó la cobertura | <b>Razón de la Terminación</b><br><input type="checkbox"/> Terminación del Empleo<br><input type="checkbox"/> Jubilación<br><input type="checkbox"/> Terminación de Beneficios<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Muerte<br>Fecha de muerte |
|   |                                      | <input type="checkbox"/> Mandato Judicial<br><b>Orden de la Corte o Decreto Requerido</b>  | Fecha de pedido                   |   |

| SECCIÓN 2: DECLINACIÓN DE COBERTURA   |        |  |  |   |        |
|---|--------|--|--|---|--------|
| <p>Conserve el formulario solo para sus registros. No es necesario enviar el formulario a SWHP para los grupos actuales. Se requieren exenciones para las presentaciones de nuevos grupos. Si un empleado está inscrito actualmente y no desea renovar la cobertura, la acción solicitada es una terminación, no una declinación.</p> <p>Si usted rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluyendo a su esposo/a) debido a otra cobertura de seguro médico, es posible que pueda inscribirse, usted y sus dependientes, en este plan en el futuro, siempre que solicite la inscripción dentro de 31 días después de la terminación de su otra cobertura. Además, si tiene un dependiente nuevo debido a matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo rechazo la inscripción en Scott &amp; White Care Plans durante mi periodo inicial de elegibilidad debido al motivo indicado más abajo. <b>(empleado)</b><br/>Yo rechazo la inscripción en Scott &amp; White Care Plans para mis <b>dependientes</b> durante mi periodo inicial de elegibilidad debido al motivo indicado más abajo.</p> |        |  |  |   |        |
| Motivo para rechazar cobertura:   |        |  |  |   |        |
| <p><input type="checkbox"/> Yo y/o mis dependientes estoy/estamos cubiertos bajo un plan de beneficios de otro plan médico.</p> <p><input type="checkbox"/> Otra razón para rechazar la cobertura (por favor especifique):</p>  |        |  |  |   |        |
| <b>El Grupo o SWCP no me han desanimado de para inscribirme en la cobertura.</b>  |        |  |  |   |        |
| SECCIÓN 3: OTRA COBERTURA   |        |  |  |   |        |
| ¿Usted o sus dependientes, que solicitan cobertura, estarán cubiertos por otro plan de salud grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (De ser así, complete la información más abajo)  |        |  |  |   |        |
| Nombre de la compañía de seguros  |        |  | Nombre del titular de la póliza  |   |        |
| SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO – Toda la información en esta sección es necesaria para un procesamiento preciso y oportuno.  |        |  |  |   |        |
| <b>Selección de cobertura</b>   |        | <b>Dental</b>  |  | <b>Vida</b>   |        |
| <b>Médico</b> <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Ningún cambio   |        | <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio<br><input type="checkbox"/> Ningún cambio |  | <input type="checkbox"/> Añadir<br><input type="checkbox"/> Término   |        |
| Número de Seguro Social   | Nombre | In. 2.º  | Apellido   |   | Sufijo |
| Dirección residencial   |        |  | Apto   | Ciudad  | Estado |
| Dirección de correo (si diferente a la de arriba)   |        |  | Apto   | Ciudad  | Estado |
| Teléfono primario   |        | Teléfono secundario  |  | Dirección de correo electrónico   |        |
|   |        |  |  | Método de contacto preferido<br><input type="checkbox"/> Electrónico<br><input type="checkbox"/> Correo     |        |
| Estado Laboral<br><input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> No exento <input type="checkbox"/> Jubilado  |        | Estado Civil<br><input type="checkbox"/> Soltero/Divorciado/Viudo<br><input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro         |  | <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino<br>Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) |        |
| Idioma Hablado Primario<br><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique):  |        |  | Lengua Primaria Escrita<br><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |   |        |
| ¿Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |        |  |  |   |        |

### SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE

Lista de todos los miembros de la familia.

Por favor complete todos los campos en su totalidad para asegurar un procesamiento correcto.

|  |   |  |   |        |
|--|---|--|---|--------|
| <b>Médico</b><br><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término<br><input type="checkbox"/> Cambio Demográfico<br><input type="checkbox"/> Ningún cambio | Nombre  | In. 2.º  | Apellido  | Sufijo |
|  | Número de Seguro Social   | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA)                                     |        |
| <b>Dental</b><br><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término<br><input type="checkbox"/> Cambio Demográfico<br><input type="checkbox"/> Ningún cambio | Idioma Principal  |  | <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a |        |
|  | Hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ |  | <input type="checkbox"/> Nieto/a                                  |        |
|  | 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 habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |   |  |   |        |
| <b>Médico</b><br><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término<br><input type="checkbox"/> Cambio Demográfico<br><input type="checkbox"/> Ningún cambio | Nombre  | In. 2.º  | Apellido  | Sufijo |
|  | Número de Seguro Social   | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA)                                     |        |
| <b>Dental</b><br><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término<br><input type="checkbox"/> Cambio Demográfico<br><input type="checkbox"/> Ningún cambio | Idioma Principal  |  | <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a |        |
|  | Hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ |  | <input type="checkbox"/> Nieto/a                                  |        |
|  | 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 habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |   |  |   |        |
| <b>Médico</b><br><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término<br><input type="checkbox"/> Cambio Demográfico<br><input type="checkbox"/> Ningún cambio | Nombre  | In. 2.º  | Apellido  | Sufijo |
|  | Número de Seguro Social   | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA)                                     |        |
| <b>Dental</b><br><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término<br><input type="checkbox"/> Cambio Demográfico<br><input type="checkbox"/> Ningún cambio | Idioma Principal  |  | <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a |        |
|  | Hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ |  | <input type="checkbox"/> Nieto/a                                  |        |
|  | 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 habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |   |  |   |        |
| <b>Médico</b><br><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término<br><input type="checkbox"/> Cambio Demográfico<br><input type="checkbox"/> Ningún cambio | Nombre  | In. 2.º  | Apellido  | Sufijo |
|  | Número de Seguro Social   | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA)                                     |        |
| <b>Dental</b><br><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término<br><input type="checkbox"/> Cambio Demográfico<br><input type="checkbox"/> Ningún cambio | Idioma Principal  |  | <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a |        |
|  | Hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ |  | <input type="checkbox"/> Nieto/a                                  |        |
|  | 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 habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |   |  |   |        |
| <b>Médico</b><br><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término<br><input type="checkbox"/> Cambio Demográfico<br><input type="checkbox"/> Ningún cambio | Nombre  | In. 2.º  | Apellido  | Sufijo |
|  | Número de Seguro Social   | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA)                                     |        |
| <b>Dental</b><br><input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término<br><input type="checkbox"/> Cambio Demográfico<br><input type="checkbox"/> Ningún cambio | Idioma Principal  |  | <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a |        |
|  | Hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ |  | <input type="checkbox"/> Nieto/a                                  |        |
|  | 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 habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |   |  |   |        |



**SECCIÓN 6: FIRMA DE RECONOCIMIENTO**

A través de la presente certifico que a mi leal saber y entender las respuestas proporcionadas aquí son correctas, veraces y completas. Además, con la presente autorizo a mi médico certificado, médico practicante, hospital, clínica u otra instalación, organización, institución o persona médicamente relacionada que tenga cualquier record o conocimiento de mí, de mi familia o de nuestra salud, a proporcionar dicha información a Insurance Company of Scott and White si es solicitada. Una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que yo o mis dependientes podemos tener cobertura de otro seguro médico grupal y yo cooperaré completamente con el Plan médico en proporcionar información que sea necesaria para coordinar beneficios.

HE LEÍDO Y ACEPTO EL SIGUIENTE ACUERDO

Entiendo que la Evidencia de Cobertura, la Explicación de Beneficios y otros documentos, avisos y comunicaciones requeridos pueden enviarme por correo o transmitirme electrónicamente. Al marcar esta casilla y la inicialización a continuación, doy mi consentimiento para la entrega electrónica de estas comunicaciones. El consentimiento se puede retirar en cualquier momento comunicándose con el SWCP al 800-321-7947. Si se retira el consentimiento, se proporcionarán documentos en papel durante el período de beneficios de la póliza. \_\_\_\_\_ Inicial

Firma

Imprimir nombre

Fecha (MM/DD/AAAA)



INSURANCE COMPANY OF  
**Scott & White**  
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

## Aviso de No Discriminación

---

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Insurance Company of Scott and White cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Insurance Company of Scott and White no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Insurance Company of Scott and White:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- 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 estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Insurance Company of Scott and White al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a [SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org](mailto:SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org)

Si cree que Insurance Company of Scott and White no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Insurance Company of Scott and White, Compliance Officer  
1206 West Campus Drive, Suite 151  
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

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, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web  
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

