



+ SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN MÉDICA/DENTAL/VISIÓN

Envía solicitud completa a: applications@mediexcel.com

Para preguntas llama al: (619) 421-1659

HR, PLEASE FILL IN SHADED AREA OF APPLICATION BELOW

Form section with checkboxes for New Hire, Existing Employee, Adding Dependent, etc.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Form section for employee information including Apellido, Nombre, Fecha de Nacimiento, etc.

Form section for dependent information: ¿Tu o tus dependientes tienen alguna otra cobertura médica?

PROPORCIONA CORREO ELECTRÓNICO PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE TU PLAN:

Form section for social security number, gender, marital status, and insurance preferences.

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES – FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTE SECCIÓN. AGREGA HOJAS SI ES NECESARIO.

Table with 6 columns: Apellido, Nombre, Fecha de Nacimiento, Identidad de Género, Número de Seguro Social, and Selección del Plan.

CONFIRMACIÓN

FIRMA REQUERIDA: Al firmar esta solicitud, reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos, condiciones y el acuerdo de arbitraje indicado a continuación.

- A. En representación de mi persona y de mis dependientes, presento una solicitud de cobertura para los servicios médicos ofrecidos por MediExcel Health Plan...
B. Certifico que la información de esta solicitud es verídica y correcta.
C. Certifico que yo y mis dependientes inscritos (si aplica) contamos con la documentación válida para cruzar la frontera a México para recibir atención médica.
D. ARBITRAJE VINCULANTE OBLIGATORIO: Entiendo que MediExcel Health Plan utiliza arbitraje vinculante obligatorio para resolver disputas.
E. A partir del 01/01/2022, prefiero recibir todo Documento de mi Plan de MediExcel Health Plan...

Firma del Empleado X _____ Fecha X _____