



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN MÉDICA/DENTAL/VISIÓN

HR, PLEASE FILL IN SHADED AREA AND EMAIL COMPLETED APPLICATION TO APPLICATIONS@MEDIEXCEL.COM

<input type="checkbox"/> New Hire <input type="checkbox"/> Existing Employee	<input type="checkbox"/> Adding Dependent <input type="checkbox"/> Personal Information Update <input type="checkbox"/> Qualifying Event (proof may be required)	<input type="checkbox"/> Term Employee <input type="checkbox"/> Term Dependent (s) Only Term Effective Date: _____ Reason for Term: <input type="checkbox"/> Voluntary <input type="checkbox"/> Involuntary <input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> Seasonal <input type="checkbox"/> Dissatisfied
Group Name or Number: _____		
Date of Hire: _____ (enrollment must align with waiting period)		
Date of Qualifying Event: _____		

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (**FAVOR DE LLENAR TODOS LOS CAMPOS**)

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		
Domicilio	# de Departamento	Ciudad	Estado	Cód. Postal

Correo Electrónico Entiendo que toda comunicación, incluso todo documento y / o aviso referente a mi cobertura, son enviados de forma electrónica, y como tal, MediExcel requiere que comparta un correo electrónico válido y actual.

¿Tu o tus dependientes tienen alguna otra cobertura médica? Empleado Sí No Dependientes Sí No Si es así, contesta a continuación:

Nombre de seguro: _____ Número de miembro: _____

# de Seguro Social	Identidad de Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	Deseo Inscribirme En el Plan <input type="checkbox"/> Médico _____ <input type="checkbox"/> Dental _____ <input type="checkbox"/> Visión	Idioma de Preferencia <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés	Región de Preferencia <input type="checkbox"/> Tijuana <input type="checkbox"/> Mexicali <input type="checkbox"/> Tecate
# de Teléfono Principal					
# de Teléfono de Emergencia					

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES - LLENA LA SIGUIENTE SECCIÓN PARA AGREGAR DEPENDIENTES A TU POLIZA.

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Identidad de Género	# de Seguro Social	Selección del Plan
Esposo(a)/Pareja Doméstica			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
Dependiente			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
Dependiente			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
Dependiente			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión

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 beneficios ofrecidos por MediExcel Health Plan a través de mi empleador, y accedo a cumplir con el Contrato Grupal, (*Group Subscriber Agreement*) el Documento Combinado de Constancia de Cobertura y Formulario de Divulgación, y esta Solicitud de Inscripción.
- B. Certifico que la información de esta solicitud es verídica y correcta, y que yo y mis dependientes inscritos (*sí aplica*) contamos con la documentación válida para cruzar la frontera a México para recibir atención médica.
- C. **ARBITRAJE VINCULANTE OBLIGATORIO:** Entiendo que MediExcel Health Plan utiliza el arbitraje vinculante para resolver disputas. Yo y mis dependientes aceptamos resolver toda reclamación relacionada con nuestra cobertura bajo MediExcel Health Plan por medio del arbitraje vinculante, excepto en casos de tribunales de demandas de menor cuantía y aquellas que no se puedan sujetar al arbitraje vinculante según las leyes vigentes. Entiendo que cualquier disputa entre mí, mis herederos, parientes u otras partes asociadas, y MediExcel Health Plan, cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas por la supuesta violación de cualquier deber que surja o que esté relacionado con la membresía en el plan de salud, incluyendo cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (*un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inapropiada, negligente o incompleta*) por la responsabilidad de las instalaciones, o en relación con la cobertura o la entrega de servicios o artículos, independientemente de la teoría legal, debe decidirse mediante un arbitraje vinculante según la ley de California y no mediante una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley aplicable disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a nuestro derecho de tener un juicio ante jurado y acepto someterme a un arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición completa sobre el arbitraje se encuentra dentro del Documento de Constancia de Cobertura de MediExcel Health Plan, el cual está disponible para mi revisión.
- D. Al firmar esta solicitud de inscripción, acepto recibir todo documento o aviso de mi Plan de MediExcel Health Plan, (*EOC, SBC, Formulario de Impuestos, Acumulación de Gastos de Bolsillo y Balance de Deducibles, etc.*) en formato electrónico digital, al igual que anuncios, encuestas y/o recordatorios de citas por correo electrónico y/o mensaje de texto. Entiendo que tengo derecho a cambiar esta preferencia en cualquier momento comunicándome con Servicio al Miembro.

Firma del Empleado X _____ Fecha (MM/DD/AAAA) X _____

LA LEY DEL ESTADO DE CALIFORNIA PROHIBE A LOS SEGUROS DE SALUD EL SOLICITAR O UTILIZAR UNA PRUEBA DE VIH COMO CONDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA MÉDICA