

MOTIVOS DE LA PRESENTACIÓN {MARQUE UNA OPCIÓN} <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN/CONTRATO NUEVOS <input type="checkbox"/> CAMBIO EN EL CONTRATO <input type="checkbox"/> RESCISIÓN DEL CONTRATO	FECHA DEL EVENTO QUE CALIFICA: <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN ABIERTA <input type="checkbox"/> NUEVO EMPLEADO <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DEL SEGURO <input type="checkbox"/> ORDEN JUDICIAL <input type="checkbox"/> NACIMIENTO/ADOPCIÓN <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO A TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MATRIMONIO/DIVORCIO <input type="checkbox"/> SE MUDÓ AL/DEL ÁREA DE SERVICIO <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> CANCELACIÓN VOLUNTARIA
--	--

MOTIVO DE LOS CAMBIOS {MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN} <input type="checkbox"/> CAMBIAR TIPO DE COBERTURA <input type="checkbox"/> AGREGAR DEPENDIENTE INDICADO <input type="checkbox"/> DAR DE BAJA AL DEPENDIENTE INDICADO <input type="checkbox"/> TRANSFERIR A/REINSCRIBIR EN COBRA <input type="checkbox"/> OTRO:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR/GRUPO (DEBE COMPLETARLO EL EMPLEADOR)			
NOMBRE DEL EMPLEADOR/GRUPO	N.º DE GRUPO/DIVISIÓN	FECHA DE CONTRATACIÓN	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA

INFORMACIÓN DEL SUSCRITOR			
IDENTIFICACIÓN DE HARVARD PILGRIM	PRODUCTO: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> ACCESS AMERICA	NOMBRE DEL PLAN	
NOMBRE DEL SUSCRITOR	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO LABORAL	TELÉFONO CELULAR CORREO ELECTRÓNICO
DIRECCIÓN {NO SE PERMITE APARTADO DE CORREOS PARA HMO}		N.º DE APARTAMENTO	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
LENGUA PRIMARIA {OPCIONAL}	NOMBRE COMPLETO DEL PCP	CIUDAD DEL PCP	PACIENTE ACTUAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PCP

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE			
NOMBRE DEL CÓNYUGE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	DIRECCIÓN POSTAL {SI ES DIFERENTE}		CÓDIGO DE RELACIÓN
NOMBRE COMPLETO DEL PCP	CIUDAD DEL PCP	PACIENTE ACTUAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PCP

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE			
NOMBRE DEL DEPENDIENTE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F CÓDIGO DE RELACIÓN
DIRECCIÓN POSTAL {SI ES DIFERENTE}			NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
NOMBRE COMPLETO DEL PCP	CIUDAD DEL PCP	PACIENTE ACTUAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PCP

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE			
NOMBRE DEL DEPENDIENTE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F CÓDIGO DE RELACIÓN
DIRECCIÓN POSTAL {SI ES DIFERENTE}			NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
NOMBRE COMPLETO DEL PCP	CIUDAD DEL PCP	PACIENTE ACTUAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PCP

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE			
NOMBRE DEL DEPENDIENTE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F CÓDIGO DE RELACIÓN
DIRECCIÓN POSTAL {SI ES DIFERENTE}			NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
NOMBRE COMPLETO DEL PCP	CIUDAD DEL PCP	PACIENTE ACTUAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PCP

MARQUE ESTA CASILLA SI UTILIZA SOLICITUDES DE MEMBRESÍA ADICIONALES PARA HIJOS DEPENDIENTES. ASEGÚRESE DE COMPLETAR LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES AL EMPLEADOR Y AL SUSCRITOR EN LOS FORMULARIOS ADICIONALES.

OTRO SEGURO: SI NO HA COMPLETADO ESTA SECCIÓN, PUEDE RECIBIR UN CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO Y ES POSIBLE QUE LAS RECLAMACIONES SE RETRASEN

¿USTED O ALGUIEN MENCIONADO ANTERIORMENTE ESTÁ CUBIERTO POR OTRA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD AL MISMO TIEMPO QUE ESTÁ VIGENTE SU PÓLIZA DE HPHC?

SÍ, COMPLETE NO

NOMBRE DEL PLAN DE SALUD	N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	NOMBRES DEL SUSCRITOR
--------------------------	---	------------------------------	-----------------------

LA MEMBRESÍA COMENZARÁ A TENER VIGENCIA A PARTIR DE LA ACEPTACIÓN POR PARTE DE HARVARD PILGRIM. LOS BENEFICIOS EN VIRTUD DEL PLAN SE EXPLICARÁN EN SU EVIDENCIA DE COBERTURA {EVIDENCE OF COVERAGE, EOC}. ENTIENDO QUE HARVARD PILGRIM PUEDE OBTENER INFORMACIÓN PERSONAL Y MÉDICA PARA ADMINISTRAR EL PLAN. PARA OBTENER UNA EXPLICACIÓN DE LA FORMA EN QUE PODEMOS UTILIZAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA, LEA SU AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. MIEMBROS DE MAINE: USTED ENTIENDE QUE SU EOC INCLUYE UNA DISPOSICIÓN DE SUBROGACIÓN QUE PERMITE LOS PAGOS DE SUBROGACIÓN A NOSOTROS SOBRE UNA BASE JUSTA Y EQUITATIVA. PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A SABIENDAS A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON LA INTENCIÓN DE ESTAFARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS SANCIONES PUEDEN INCLUIR PRISIÓN, MULTAS O DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO.

Gracias por elegir Harvard Pilgrim Health Care.

Lea las instrucciones a continuación antes de completar este formulario de inscripción/cambio. Este formulario puede usarse para todas las transacciones relacionadas con la inscripción (agregar cobertura, cambiar la cobertura, dar de baja la cobertura). Para agregar, cambiar o dar de baja la cobertura, debe (1) tener un evento que califique, (2) completar esta inscripción y (3) entregar el formulario completado a su empleador dentro del plazo permitido o del período retroactivo aprobado.

Eventos que califican:

Nueva inscripción	Cambio en el contrato	Rescisión
Inscripción abierta	Inscripción abierta	Inscripción abierta
Nueva fecha de contratación	Matrimonio/Divorcio	Cancelación voluntaria
Período de prueba (si corresponde)	Nacimiento/Adopción/Orden judicial	Renuncia al empleo
Pérdida del seguro	Pérdida del seguro	Se mudó del área
Cambio en situación laboral	Pérdida de aportes a la prima del empleador	Ya no es elegible (p. ej., fallecimiento, permiso de ausencia, despido, incumplimiento de pago de COBRA)

Sección del empleador: su empleador debe completar esta sección, así como el motivo de la presentación en su totalidad para todas las transacciones para las que se utilice este formulario.

Sección del miembro: complete todas las secciones de esta solicitud de membresía correspondientes al empleado en su totalidad. Si no lo hace, podría retrasarse la inscripción. Recibirá su(s) tarjeta(s) de identificación y los documentos de beneficios del miembro una vez finalizado el procesamiento de su inscripción. Si está agregando o eliminando dependientes, solamente incluya los detalles sobre los dependientes que está agregando o eliminando del plan.

- **Nombre del producto/plan:** asegúrese de completar el código correcto del producto para el plan que ha seleccionado. Sus opciones son HMO, POS, PPO y Access America. Si su empleador ofrece varios planes de Harvard Pilgrim, indique el nombre del plan como se indica en el material de inscripción para ayudar a diferenciar claramente el plan que está eligiendo. Si conoce el n.º MD del plan (MD0000016670), el número para identificar el plan/producto, incluya la información.
- **Información personal:** además de su información, incluya la información personal de todos los dependientes que se inscribirán en el plan. **IMPORTANTE: se necesitan los números del Seguro Social (o el número de identificación personal del contribuyente) de cada miembro del plan para garantizar que se cumplan los requisitos de presentación de informes reglamentarios y federales. Los números del Seguro Social no se muestran en la tarjeta de identificación del miembro.**
- **Proveedor de atención primaria:** si su plan es un HMO, deberá seleccionar un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Si su plan lo requiere, es importante que elija un PCP de inmediato. Asegúrese de completar esta sección para todos los miembros, incluidos los dependientes. Escriba la identificación del PCP de Harvard Pilgrim (no el número de teléfono) y el nombre completo del médico que ha elegido para coordinar su atención médica sin una asignación de PCP; sus beneficios dentro de la red pueden estar limitados a servicios de emergencia únicamente. Para encontrar un PCP o buscar la identificación de un PCP, visite www.harvardpilgrim.org, y use la función de búsqueda de médicos disponible en la Sección de miembros.
- **Código de relación:** use uno de los siguientes códigos para designar la relación del dependiente con el empleado:
 - 02 Cónyuge/Pareja civil
 - 03 Hijo de hasta 26 años de edad
 - 06 Discapacitado (se requiere verificación)
 - 07 Excónyuge
 - DP Pareja de hecho
 - SE Equivalente al cónyuge

Cuando esta solicitud esté completa, firme el formulario de inscripción y entrégueselo a su empleador. Su empleador deberá firmar este formulario y enviará esta solicitud a Harvard Pilgrim Health Care para su procesamiento. Si necesita ayuda adicional para completar este formulario o seleccionar un PCP, llame a un coordinador de servicios para miembros al 1-888-333-4742.

Cobertura suscrita o administrada por Harvard Pilgrim Health Care. Harvard Pilgrim Health Care incluye a Harvard Pilgrim Health Care, Harvard Pilgrim Health Care of Connecticut, Harvard Pilgrim Health Care of New England y HPHC Insurance Company.