



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"/> Term Employee	<input type="checkbox"/> Term Dependent (s) Only	
Group Name or Number:		<input type="checkbox"/> Personal Information Update	Term Effective Date: _____		
Date of Hire: _____ (enrollment must align with waiting period)		<input type="checkbox"/> Qualifying Event (proof may be required)	Reason for Term: <input type="checkbox"/> Voluntary <input type="checkbox"/> Involuntary		
		Date of Qualifying Event: _____	<input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> Seasonal <input type="checkbox"/> Dissatisfied		
INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (**FAVOR DE LLENAR TODOS LOS CAMPOS**)					
Apellido		Nombre		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Domicilio		# de Departamento	Ciudad	Estado	Cód. Postal País
Correo Electrónico		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dependientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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	Selecciona el Plan
Espos(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.					
<p>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.</p> <p>B. Certifico que la información de esta solicitud es verídica y correcta, y que yo y mis dependientes inscritos (si aplica) contamos con la documentación válida para cruzar la frontera a México para recibir atención médica.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>					
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					