SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN MÉDICA/DENTAL/VISIÓN

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

☐ **New Hire** ☐ **Existing Employee**	☐ **Adding Dependent**	☐ **Term Employee** ☐ **Term Dependent (s) Only**
Group Name or Number:	☐ **Personal Information Update**	**Term Effective Date:**_____
Date of Hire: _____ *(enrollment must align with waiting period)*	☐ **Qualifying Event** *(proof may be required)*	**Reason for Term**: ☐ **Voluntary** ☐ **Involuntary**
	Date of Qualifying Event: _____	☐ **Death** ☐ **Seasonal** ☐ **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	☐ *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 valido 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**	**Estado Civil**	**Deseo Inscribirme En el Plan**	**Idioma de Preferencia**	**Región de Preferencia**
# de Teléfono Principal	☐ Masculino	☐ Soltero/a	☐ Médico _____	☐ Español	☐ Tijuana
# de Teléfono de Emergencia	☐ Femenino	☐ Casado/a	☐ Dental _____	☐ Inglés	☐ Mexicali
	☐ No Binario	☐ Pareja Doméstica	☐ Visión		☐ Tecate

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**
Esposo(a)/Pareja Doméstica			☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario		☐ Médico ☐ Dental ☐ Visión
Dependiente			☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario		☐ Médico ☐ Dental ☐ Visión
Dependiente			☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario		☐ Médico ☐ Dental ☐ Visión
Dependiente			☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario		☐ Médico ☐ Dental ☐ 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 (*si 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 UTLIZAR UNA PRUEBA DE VIH COMO CONIDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA MÉDICA