



# Formulario de Inscripción/Cambio

LA LEY DE CALIFORNIA PROHÍBE A LOS PLANES DE SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA REQUERER O UTILIZAR UNA PRUEBA DEL VIH COMO UNA CONDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA MÉDICA.

## INFORMACIÓN DEL PLAN

|                     |
|---------------------|
| Plan de beneficios: |
| Fecha de vigencia:  |
| N° de agrupación:   |
| Clase:              |
| Subagrupación:      |

## INSCRIPCIÓN

Agrupación nueva       Inscripción abierta  
 Empleado nuevo — fecha de alta: \_\_\_\_\_  
 Recientemente reúne los requisitos — razón: \_\_\_\_\_  
 COBRA — fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Complete todo el formulario. Elija a un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para usted y cada miembro de su familia, usando el Guía de Proveedores o el sitio de web: westernhealth.com. Escriba el nombre y número de identificación de su PCP elegido en las áreas indicadas a continuación.

## CAMBIO

PARA CAMBIOS, N° de ID de Membresía: \_\_\_\_\_

Adición de un dependiente \*  
 Adición de un recién nacido/hijo recientemente adoptado \*  
 Quitar a un dependiente — fecha de vigencia: \_\_\_\_\_  
 Cambio de nombre  
 Cambio de dirección

\* Fecha en que reúne los requisitos (si aparte de inscripción abierta): \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Complete solamente las secciones resaltadas en amarillo (su nombre, número de seguro social, sexo y fecha de nacimiento) y las secciones que correspondan al cambio que usted desee

## SECCIÓN I – INFORMACIÓN DE LA PERSONA INSCRITA

|                          |                     |          |                                    |                                   |
|--------------------------|---------------------|----------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Empleado: Nombre de pila |                     | Apellido |                                    | Inicial del segundo nombre        |
| N° de seguro social      | Fecha de nacimiento | Sexo     | <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino |

Empleador

|   |   |  |             |
|---|---|--|-------------|
| Dirección física (requerida)            | Ciudad  | Estado   | Zona postal |
| Dirección para correo (si es diferente) | Ciudad  | Estado   | Zona postal |
| Dirección electrónica                   | Título de su trabajo  |  |             |
| Tel. de casa ( )                        | Tel. del trabajo ( )  | Paciente actual del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |             |
| Nombre del PCP                          | Agrupación médica   | N° de ID del PCP   |             |
| Idioma hablado principal                | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro   | <input type="checkbox"/> Declina responder                                       |             |
| Idioma escrito principal                | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro   | <input type="checkbox"/> Declina responder                                       |             |
| Identidad racial                        | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Declina responder                                       |             |
| Identidad étnico                        | <input type="checkbox"/> De origen Hispánico o Latino <input type="checkbox"/> No de origen Hispánico o Latino  | <input type="checkbox"/> Declina responder                                       |             |

Envíe el formulario por fax, al:  
916.568.0334

2349 Gateway Oaks Dr.  
Suite 100  
Sacramento, CA 95833

916.563.2206 o  
888.563.2250

Para actualizar en línea mediante eBill, visite el sitio de web westernhealth.com

## SECCIÓN II – INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar                 | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino   | N° de seguro social                        |
| Nombre de pila   | Apellido  | Inicial del segundo nombre                 |
| Fecha de nacimiento  | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino   | Nombre del PCP                             |
| Paciente actual del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Agrupación médica   | N° de ID del PCP                           |
| Idioma hablado principal   | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro   | <input type="checkbox"/> Declina responder |
| Idioma escrito principal   | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro   | <input type="checkbox"/> Declina responder |
| Identidad racial   | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Declina responder |
| Identidad étnico   | <input type="checkbox"/> De origen Hispánico o Latino <input type="checkbox"/> No de origen Hispánico o Latino  | <input type="checkbox"/> Declina responder |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar                 | <input type="checkbox"/> Hijo, hasta la edad de 26 años <input type="checkbox"/> Discapacitado (tiene que reunir los requisitos y proporcionar prueba de la discapacidad)   | N° de seguro social                        |
| Nombre de pila   | Apellido  | Inicial del segundo nombre                 |
| Fecha de nacimiento  | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino   | Nombre del PCP                             |
| Paciente actual del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Agrupación médica   | N° de ID del PCP                           |
| Idioma hablado principal   | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro   | <input type="checkbox"/> Declina responder |
| Idioma escrito principal   | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro   | <input type="checkbox"/> Declina responder |
| Identidad racial   | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Declina responder |
| Identidad étnico   | <input type="checkbox"/> De origen Hispánico o Latino <input type="checkbox"/> No de origen Hispánico o Latino  | <input type="checkbox"/> Declina responder |



# Formulario de Inscripción/Cambio

|                             |
|-----------------------------|
| Empleado: Nombre y apellido |
|-----------------------------|

Envíe el formulario por fax, al:  
916.568.0334

2349 Gateway Oaks Dr.  
Suite 100  
Sacramento, CA 95833

916.563.2206 o  
888.563.2250

Para actualizar en línea mediante eBill, visite el sitio de web [westernhealth.com](http://westernhealth.com)

|  |   |  |                            |
|--|---|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agregar   | <input type="checkbox"/> Hijo, hasta la edad de 26 años   | N° de seguro social                        |                            |
| <input type="checkbox"/> Quitar  | <input type="checkbox"/> Discapacitado (tiene que reunir los requisitos y proporcionar prueba de la discapacidad)   | Parentesco                                 |                            |
| Nombre de pila   |   | Apellido                                   | Inicial del segundo nombre |
| Fecha de nacimiento  | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino   | Nombre del PCP                             |                            |
| Paciente actual del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Agrupación médica   | N° de ID del PCP                           |                            |
| Idioma hablado principal   | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro   | <input type="checkbox"/> Declina responder |                            |
| Idioma escrito principal   | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro   | <input type="checkbox"/> Declina responder |                            |
| Identidad racial   | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Declina responder |                            |
| Identidad étnico   | <input type="checkbox"/> De origen Hispánico o Latino <input type="checkbox"/> No de origen Hispánico o Latino  | <input type="checkbox"/> Declina responder |                            |

|  |   |  |                            |
|--|---|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agregar   | <input type="checkbox"/> Hijo, hasta la edad de 26 años   | N° de seguro social                        |                            |
| <input type="checkbox"/> Quitar  | <input type="checkbox"/> Discapacitado (tiene que reunir los requisitos y proporcionar prueba de la discapacidad)   | Parentesco                                 |                            |
| Nombre de pila   |   | Apellido                                   | Inicial del segundo nombre |
| Fecha de nacimiento  | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino   | Nombre del PCP                             |                            |
| Paciente actual del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Agrupación médica   | N° de ID del PCP                           |                            |
| Idioma hablado principal   | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro   | <input type="checkbox"/> Declina responder |                            |
| Idioma escrito principal   | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro   | <input type="checkbox"/> Declina responder |                            |
| Identidad racial   | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Declina responder |                            |
| Identidad étnico   | <input type="checkbox"/> De origen Hispánico o Latino <input type="checkbox"/> No de origen Hispánico o Latino  | <input type="checkbox"/> Declina responder |                            |

Use formularios adicionales, si necesario, para proveer la información de todos los dependientes.

### SECCIÓN III — INFORMACIÓN DE OTRA COBERTURA MÉDICA

¿Alguno de los inscritos tiene alguna otra cobertura de salud o Medicare? Si la respuesta es sí, complete esta sección.

|  |  |   |
|--|--|---|
| Nombres de los dependientes asegurados | Compañía de seguro                     | <input type="checkbox"/> Principal                    |
| Persona suscrita a la cobertura        | N° de póliza/N° de reclamo de Medicare | Fecha de vigencia <input type="checkbox"/> Secundaria |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Nombres de los dependientes asegurados | Compañía de seguro                      | <input type="checkbox"/> Principal                    |
| Persona suscrita a la cobertura        | N° de póliza /N° de reclamo de Medicare | Fecha de vigencia <input type="checkbox"/> Secundaria |

### SECCIÓN IV — FIRMA REQUERIDA

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, que entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones y con el acuerdo de arbitraje indicado más abajo. Una reproducción de este formulario será tan válida como la original.

- A. En representación de mi persona y de mis dependientes elegibles, por la presente, yo presento una solicitud de cobertura para los servicios médicos ofrecidos por Western Health Advantage (WHA) a través de mi empleador, y accedo a ser obligado por el WHA Group Service Agreement, el Documento Combinado de Constancia de Cobertura y Formulario de Divulgación, y este Formulario de Inscripción/Cambio.
- B. ACUERDO DE ARBITRAJE: ESTOY DE ACUERDO, Y ENTIENDO QUE TODAS Y CADA UNA DE LAS DISPUTAS ENTRE MI PERSONA (INCLUYENDO MIS HEREDEROS O CESIONARIOS) Y EL PLAN WESTERN HEALTH ADVANTAGE, INCLUYENDO LAS RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA PROFESIONAL MÉDICA (ES DECIR EN REFERENCIA A UN CASO EN QUE CUALESQUIER SERVICIOS MÉDICOS, PROPORCIONADOS BAJO EL PLAN MÉDICO, ERAN INNECESARIOS O NO SE AUTORIZARON, O QUE SE PROPORCIONARON DE MANERA INADECUADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE), CON LA EXCEPCIÓN DE LOS CASOS DE LOS TRIBUNALES PARA RECLAMOS MENORES Y DE LAS RECLAMACIONES SUJETAS A LA LEY ERISA, SE DETERMINARÁN MEDIANTE LA PRESENTACIÓN A UN ARBITRAJE OBLIGATORIO. CUALQUIERA DE TALES DISPUTAS NO SE RESOLVERÁ MEDIANTE UNA DEMANDA JURÍDICA, NI RECURRIENDO A UN PROCESO TRIBUNAL, A MENOS QUE LA LEY DE CALIFORNIA DISPONGA UNA EVALUACIÓN JUDICIAL DE LAS MEDIDAS DEL ARBITRAJE. LAS PARTES, INCLUYENDO CUALESQUIER HEREDEROS O CESIONARIOS, DE ESTE ACUERDO ESTÁN RENUNCIANDO A SU DERECHO CONSTITUCIONAL DE QUE CUALQUIERA DISPUTA SE DECIDA EN LOS TRIBUNALES ANTE UN JURADO, Y EN CAMBIO ESTÁN ACEPTANDO EL USE DEL ARBITRAJE OBLIGATORIO.**

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

En lo mejor de mi conocimiento, la información contenida en este Formulario es verdad y veraz. Por lo presente, yo atestiguo que los empleados y dependientes que se rinde al plan WHA para cobertura satisfacen todos los criterios de elegibilidad enumerado en el Group Service Agreement entre WHA y el colectivo del empleador.

Firma del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Forma de Inscripción/Cambio en WHA-Dental

Este suplemento debe acompañar la forma de inscripción/cambio. Todos los dependientes bajo el plan médico serán registrados bajo el plan dental.

|                    |
|--------------------|
| N° de agrupación:  |
| Fecha de vigencia: |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INFORMACIÓN DE LA PERSONA INSCRITA</b> | Empleador |
| Empleado: Nombre de pila                  | Apellido  |

Cobertura Dental:  Atención gestionada  PPO

### OTRA COBERTURA DENTAL:

¿Tienen otra cobertura dental usted o sus dependientes?  Sí  No (Si su respuesta es afirmativa, llene la información a continuación.)

|  |                                   |                |               |
|--|-----------------------------------|----------------|---------------|
| Nombre del asegurado:  | Número de seguro social:          |                |               |
| Empleador del asegurado:   | Nombre de la compañía de seguros: |                |               |
| Dirección del empleador:   |                                   |                |               |
| Ciudad:  | Estado:                           | Código postal: | Teléfono: ( ) |
| ¿Sus hijos dependientes están inscritos en el plan dental de su cónyuge (o de su compañero de hogar(a) registrado(a))? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                   |                |               |

Para ubicar un proveedor, visite el sitio de web premierlife.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros

866.650.3660 DMHO  
888.715.0760 PPO

**Atención gestionada únicamente:** Seleccione un Dentista de atención primaria (PCD, por sus siglas en inglés) del directorio de proveedores para usted mismo y para cada uno de los miembros de su familia. Ponga el número de identificación del proveedor y el número de identificación de la oficina en los espacios apropiados. Si no hace una selección, se le asignará un PCD.

| Relación con el suscriptor:                   | Apellido | Nombre e inicial del segundo nombre | Oficina del dentista de atención primaria<br>Núm. de identificación: | Núm. de identificación del Dentista de atención primaria |
|---|----------|-------------------------------------|--|--|
| Sí Mismo                                      |          |                                     |  |  |
| Cónyuge/o Compañero(a) de hogar registrado(a) |          |                                     |  |  |
| Hijo(a)                                       |          |                                     |  |  |
| Hijo(a)                                       |          |                                     |  |  |
| Hijo(a)                                       |          |                                     |  |  |

**LA LEY DE CALIFORNIA PROHÍBE QUE LAS COMPAÑÍAS DE SEGURO MÉDICO REQUIERAN UN EXAMEN DE VIH COMO UNA CONDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA DE SEGURO MÉDICO. POR LO TANTO, PREMIER ACCESS INSURANCE COMPANY NO SOLICITARÁ DICHO EXAMEN DE VIH COMO CONDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA. DE ACUERDO CON LA SECCIÓN 120980 DEL CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD DE CALIFORNIA, PREMIER ACCESS INSURANCE COMPANY CUMPLE EN TODO RESPECTO A LA PROHIBICIÓN DE DIVULGACIONES NO AUTORIZADAS DE UN EXAMEN DE VIH.**

Yo, en mi nombre y en nombre de mi(s) dependiente(s) en esta solicitud de inscripción, por este medio (1) solicito cobertura del seguro colectivo para el cual soy o puedo llegar a ser elegible; (2) autorizo a mi empleador a hacer las deducciones para las contribuciones, si las hubiera, requeridas por el seguro, o estoy de acuerdo en que se agreguen estas contribuciones a mis cuentas por pagar; (3) declaro que soy empleado de tiempo completo desde la fecha indicada al dorso y que actualmente trabajo el número de horas semanales indicadas al dorso; (4) estoy de acuerdo en limitarme a los beneficios, copagos, deducibles, exclusiones, limitaciones y otros términos y condiciones del Certificado de seguro de Premier®; (5) estoy de acuerdo en que si yo o mis dependientes recibimos servicios dentales después de que haya terminado o vencido mi cobertura, soy responsable de reembolsar a Premier cualquier pago no recuperado hecho por Premier por tales servicios y (6) entiendo que la verificación de elegibilidad de Premier no garantiza el pago de los reclamos y que los cambios de elegibilidad retroactivos sustituyen las verificaciones de elegibilidad.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DENTAL:** Yo, en mi nombre y en el nombre de mi(s) dependiente(s) enumerado(s) en esta Solicitud de inscripción, por este medio autorizo a Premier a divulgar información dental a las agencias oficiales del gobierno o a otros individuos cuando así lo requiera la ley federal o estatal apropiada o en conformidad a los procedimientos legales y a divulgar y obtener información dental de otras agencias y proveedores apropiados para la provisión de los servicios y materiales dentales necesarios cubiertos por Premier. Si usted lo solicita, Premier le proporcionará una copia de cualquier información que divulgue a terceros, relacionada con su información dental. Esta autorización de Divulgación de información dental estará en vigencia durante los treinta meses posteriores a la fecha de firma de esta solicitud. Esta autorización de Divulgación de información dental únicamente proporciona la autorización de Premier para divulgar información dental a agencias gubernamentales oficiales y a otros individuos cuando lo requiera la ley federal o estatal apropiada o en conformidad con procedimientos legales, y para divulgar y obtener información dental para y de otras agencias y proveedores apropiados para la provisión de los servicios y materiales dentales necesarios cubiertos por Premier. La información dental que recopile Premier es solamente para el propósito específico de suscripción de primas.

**DERECHO DE REEMBOLSO:** Yo, en mi nombre y en nombre de mi(s) dependiente(s) enumerado(s) en esta Solicitud de inscripción, por este medio acuerdo que, en caso de que cualquier servicio dental proporcionado a mí o a mi(s) dependiente(s) cubierto por Premier sea responsabilidad financiera primaria de otra parte, debido a otra cobertura dental, informaré totalmente a Premier y ejecutaré tales asignaciones, privilegios u otros documentos que sean necesarios para que Premier pueda recuperar el valor de los servicios y materiales proporcionados.

**AVISO:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que él o ella está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas, es culpable de fraude al seguro y puede estar sujeto a multas y a prisión.

*Según mi leal saber y entender, he respondido veraz y completamente la información requerida en esta solicitud, incluyendo la información al dorso de esta solicitud. Entiendo que Premier Access Insurance Company se reserva el derecho de rescindir o cancelar la cobertura si se hiciera cualquier representación material falsa en esta solicitud de inscripción. He leído y estoy de acuerdo con el aviso al dorso de este formulario.*

**ARBITRAJE VINCULANTE OBLIGATORIO:** Premier Access Insurance Company se vale del arbitraje vinculante para resolver disputas, incluyendo la solución de reclamos por negligencia dental. El asegurado entiende y está de acuerdo en que, si se suscitara una disputa en relación a esta póliza, las partes ceden el derecho a un juicio con jurado y deben resolver la disputa mediante arbitraje vinculante. El certificado de seguro de Premier contiene una cláusula que trata este tema más ampliamente. Premier Access Insurance Company no utiliza el arbitraje vinculante en relación a cualquier disputa más que sobre la cobertura de seguro de un asegurado.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Los servicios dentales que se ofrecen aquí son asegurados y administrados, ya sea por Premier Access Insurance Co. (PAIC), una compañía de seguros de vida/ discapacidad con licencia, bajo las leyes de seguro de California, o por Access Dental Plan, Inc. (ADP), un plan de servicios de atención médica especializada con licencia en el Estado de California, bajo la Ley del Plan de Servicios de Atención Médica Knox-Keene de 1975.*