

Solicitud de Inscripción y Acuerdo de Membresía: Individual/Familiar

Envíe por correo su solicitud completa a: Western Health Advantage/Individual Sales
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Envíe por fax a: 916.568.1338

Aplicar en línea: choosewha.com/apply

Nota: Use este formulario para solicitar un Plan Individual/Familiar de Western Health Advantage (WHA). Responda completamente todas las preguntas. Debe firmar esta solicitud solamente si comprende todas las preguntas y está de acuerdo con las respuestas provistas, incluso si un agente le ayuda con la solicitud. Si tiene preguntas sobre cómo completar esta solicitud, llame al 916.563.2250 o al 711 para TTY. Le brindaremos servicios de traducción y otra ayuda de idiomas sin cargo alguno, en caso los necesite. O si está trabajando con un agente, llámelo para solicitar ayuda.

PERSONA QUE SOLICITA LA COBERTURA ("SOLICITANTE")

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____
Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección residencial _____ N.º de Apto./Unidad _____
Ciudad, Estado, Código postal _____ Condado _____
Dirección postal _____ N.º de Apto./Unidad _____
Ciudad, Estado, Código postal _____
Teléfono principal _____ Teléfono secundario _____
Dirección de correo electrónico _____
Médico de atención primaria _____ N.º de identificación _____
Grupo médico _____ Paciente actual Sí No

PERSONA RESPONSABLE Marque si es el mismo que el solicitante

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____
Relación con el suscriptor _____
Dirección residencial _____ N.º de Apto./Unidad _____
Ciudad, Estado, Código postal _____
Teléfono residencial _____ Día Noche Móvil _____ Día Noche
Idioma hablado preferido: Inglés Español Lenguaje de señas americano Árabe Armenio
 Camboyano Cantonés Chino Formosano Francés Alemán Gujarati Hebreo
 Hindi Hmong Indonesio Italiano Japonés Coreano Laosiano Mandarín
 Punjabi Persa Portugués Ruso Tagalo Tamil Telugu Tailandés Urdu
 Vietnamita Elija no responder

CORRESPONDENCIA E INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Envíe toda la correspondencia a: Solicitante Persona responsable

Enviar facturación a: Solicitante Persona responsable Tercero (proporcione información a continuación)

Nombre de la Administradora de Terceros _____
Dirección de Envío _____ N.º de Apto./Unidad _____
Ciudad, Estado, Código postal _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Cada persona tiene necesidades de salud únicas, por lo que WHA recopila información demográfica individual, como raza, etnia, idioma, orientación sexual e identificación de género, para reducir los obstáculos a la atención y mejorar los resultados de salud. Proporcionar esta información personal es voluntario, pero compartir estos detalles ayuda a WHA a brindarle un mejor servicio. Visite el portal seguro para miembros de WHA, mywha.org, para proporcionar o cambiar estas preferencias demográficas. Su información se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente con fines de asistencia lingüística y recopilación de datos demográficos.

¿Cómo describirías tu carrera? Marque todo lo que corresponda Indio americano o nativo de Alaska

- Indio asiático Negro o afroamericano Camboyano Chino Filipino Guameño o chamorro
 Hmong Samoano Vietnamita Blanco Japonés Coreano Laosiano Nativo de Hawái
 Otro isleño del Pacífico Other asiático Other raza Prefiero no responder

¿Cuál es tu etnia? Marque todo lo que corresponda Mexicano, mexicanoamericano o chicano/a

- No ser de origen hispano, latino o español Cubano Guatemalteco Salvadoreño
 Puertorriqueño Otro origen hispano, latino o español Prefiero no responder

¿Qué idioma te sientes más cómodo hablando? Inglés Español Lenguaje de señas americano

- Árabe Armenio Camboyano Cantonés Chino Formosano Francés Alemán
 Gujarati Hebreo Hindi Hmong Indonesio Italiano Japonés Coreano Laosiano
 Mandarín Punjabi Persa Portugués Ruso Tagalo Tamil Telugu Tailandés
 Urdu Vietnamita Prefiero no responder

¿Qué idioma prefieres para los materiales escritos? Inglés Español Lenguaje de señas americano

- Árabe Armenio Camboyano Cantonés Chino Formosano Francés Alemán
 Gujarati Hebreo Hindi Hmong Indonesio Italiano Japonés Coreano Laosiano
 Mandarín Punjabi Persa Portugués Ruso Tagalo Tamil Telugu Tailandés
 Urdu Vietnamita Prefiero no responder

¿Qué sexo te asignaron al nacer? Hombre Mujer Intersexual Prefiero no responder

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensas de ti mismo (orientación sexual)?

- Heterosexual Lesbiana/Gay/Homosexual Bisexual Otra orientación sexual
 Prefiero no responder

¿Cuál es tu identidad de género actual? Hombre Mujer No binario Hombre transgénero/Hombre

- trans/Mujer a hombre Mujer transgénero/Mujer trans/Orientación de hombre a mujer Género queer/
Género diverso/Género fluido Otra identidad de género Prefiero no responder

¿Cuál es tu pronombre preferido? Ella/Ella Él/Él Ellos/Ellos Prefiero no responder

INFORMACIÓN DEPENDIENTE Agregar QuitarRelación con el suscriptor Cónyuge/pareja de hecho Hijo/hija, hasta 26 años Padre/padrastro**

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Médico de Atención Primaria _____ N.º de identificación _____

Grupo médico _____ Paciente actual Sí NoSexo al nacer* Masculino Femenino Intersexual Prefiero no responderRaza: Marque todo lo que corresponda Indio americano o nativo de Alaska Indio asiático Negro o afroamericano Camboyano Chino Filipino Guameño o chamorro Hmong Samoan Vietnamita Blanco Japonés Coreano Laosiano Nativo de Hawái Otro isleño del Pacífico Otro asiático Otra raza Prefiero no responder¿Cuál es tu etnia? Marque todo lo que corresponda Mexicano, mexicano-estadounidense o chicano/a No de origen hispano, latino o español Cubano Guatemalteco Salvadoreño Puertorriqueño Otro origen hispano, latino o español Prefiero no responderIdioma hablado preferido: Inglés Español Lenguaje de señas americano Árabe Armenio Camboyano Cantonés Chino Formosano Francés Alemán Gujarati Hebreo Hindi Hmong Indonesio Italiano Japonés Coreano Laosiano Mandarín Punjabi Persa Portugués Ruso Tagalo Tamil Telugu Tailandés Urdu Vietnamita Prefiero no responderIdioma escrito preferido: Inglés Español Lenguaje de señas americano Árabe Armenio Camboyano Cantonés Chino Formosano Francés Alemán Gujarati Hebreo Hindi Hmong Indonesio Italiano Japonés Coreano Laosiano Mandarín Punjabi Persa Portugués Ruso Tagalo Tamil Telugu Tailandés Urdu Vietnamita Prefiero no responderOrientación sexual: Heterosexual Lesbiana/Gay/Homosexual Bisexual Otra orientación sexual Prefiero no responderIdentidad de género: Male Female Transgender Male/Trans Male/Female-to-male Transgender Female/Trans Woman/Male-to-female Orientation Non-Binary Genderqueer/Gender Diverse/Gender Fluid Other Gender Identity Prefiero no responder¿Cuál es tu pronombre preferido? Ella/Ella Él/Él Ellos/Ellos Prefiero no responder

*Proporcionar esta información personal es voluntario, pero compartir estos detalles ayuda a WHA a brindarle un mejor servicio. Visite el portal seguro para miembros de WHA, mywha.org, para proporcionar o cambiar estas preferencias demográficas.

**Para obtener información adicional sobre los beneficios cubiertos para un padre o padrastro dependiente que sea elegible o esté inscrito en Medicare, comuníquese con el Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) o con su agente. HICAP brinda asesoramiento sobre seguros médicos a personas mayores de California. Llame al número de teléfono gratuito de HICAP, 1.800.434.0222, para que lo deriven a su oficina local de HICAP o consulte la lista que se proporciona a continuación. HICAP es un servicio proporcionado sin cargo por el estado de California.

Condados de El Dorado, Placer, Sacramento y Yolo

Dirección: 505 12th Street, Sacramento, CA 95814

Teléfono: 916.376-8915 (Monday – Friday: 9 a.m. – 4 p.m.)

Condados de Marin, Napa, Solano y Sonoma

Dirección: 1129 Industrial Ave, Suite 201, Petaluma, CA 94954

Teléfono: 707.526.4108 (Monday – Friday: 9 a.m. – 3 p.m.)

INFORMACIÓN DEPENDIENTE Agregar QuitarRelación con el suscriptor Cónyuge/pareja de hecho Hijo/hija, hasta 26 años Padre/padrastro**

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Médico de Atención Primaria _____ N.º de identificación _____

Grupo médico _____ Paciente actual Sí NoSexo al nacer* Masculino Femenino Intersexual Prefiero no responder**INFORMACIÓN DEPENDIENTE** Agregar QuitarRelación con el suscriptor Cónyuge/pareja de hecho Hijo/hija, hasta 26 años Padre/padrastro**

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Médico de Atención Primaria _____ N.º de identificación _____

Grupo médico _____ Paciente actual Sí NoSexo al nacer* Masculino Femenino Intersexual Prefiero no responder**INFORMACIÓN DEPENDIENTE** Agregar QuitarRelación con el suscriptor Cónyuge/pareja de hecho Hijo/hija, hasta 26 años Padre/padrastro**

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Médico de Atención Primaria _____ N.º de identificación _____

Grupo médico _____ Paciente actual Sí NoSexo al nacer* Masculino Femenino Intersexual Prefiero no responder**INFORMACIÓN DEPENDIENTE** Agregar QuitarRelación con el suscriptor Cónyuge/pareja de hecho Hijo/hija, hasta 26 años Padre/padrastro**

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Médico de Atención Primaria _____ N.º de identificación _____

Grupo médico _____ Paciente actual Sí NoSexo al nacer* Masculino Femenino Intersexual Prefiero no responder

*Proporcionar esta información personal es voluntario, pero compartir estos detalles ayuda a WHA a brindarle un mejor servicio. Visite el portal seguro para miembros de WHA, mywha.org, para proporcionar o cambiar estas preferencias demográficas.

**Para obtener información adicional sobre los beneficios cubiertos para un padre o padrastro dependiente que sea elegible o esté inscrito en Medicare, comuníquese con el Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) o con su agente. HICAP brinda asesoramiento sobre seguros médicos a personas mayores de California. Llame al número de teléfono gratuito de HICAP, 1.800.434.0222, para que lo deriven a su oficina local de HICAP o consulte la lista que se proporciona a continuación. HICAP es un servicio proporcionado sin cargo por el estado de California.

Condados de El Dorado, Placer, Sacramento y Yolo

Dirección: 505 12th Street, Sacramento, CA 95814

Teléfono: 916.376-8915 (Monday – Friday: 9 a.m. – 4 p.m.)

Condados de Marin, Napa, Solano y Sonoma

Dirección: 1129 Industrial Ave, Suite 201, Petaluma, CA 94954

Teléfono: 707.526.4108 (Monday – Friday: 9 a.m. – 3 p.m.)

La solicitud debe ir acompañada de un formulario de pago único o un cheque por la prima del primer mes.

Una vez inscrito, tiene las siguientes opciones para pagar su prima mensual:

- Cheque, incluido eCheck
- Transferencia electrónica de fondos (EFT)
- Visa, Mastercard, American Express o Discover

INFORMACIÓN DEL PLAN

1. ¿En qué plan de salud le gustaría inscribirse? (Seleccione solo un plan)

- WHA Platinum 90 HMO
- WHA Gold 80 HMO
- WHA Off Exchange Silver 70 HMO
- WHA Bronze 60 HMO
- WHA Minimum Coverage HMO*
- Advantage WHA Silver 5300 HDHP HMO**
- Advantage WHA Bronze 7200 HDHP HMO**

* Inscripción limitada a personas de 30 años o menos O exenciones calificadas

** Si elige el plan compatible con HSA y desea abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos, asegúrese de completar un formulario de autorización de HSA.

2. WHA ofrece DeltaCare® USA, una cláusula adicional de cobertura dental para adultos, a los planes individuales o familiares. Nota: La cláusula adicional de cobertura dental para adultos se agrega a todos los miembros adultos (de 19 años o más) cubiertos por el plan seleccionado.

Elijo agregar DeltaCare® USA a mi plan. Entiendo que veré un cargo adicional de \$18.57 por mes por miembro adulto en mi estado de cuenta de la prima.

3. Fecha de vigencia: solicito que se me inscriba con una fecha de vigencia de:

- 1.º del mes siguiente a este mes (su solicitud debe recibirse antes del día 15 del mes en curso)
- 1.º del mes siguiente al mes siguiente (su solicitud debe recibirse antes del día 15 del mes siguiente)

WHA hará todo lo posible para respetar la fecha de vigencia solicitada. Sin embargo, si el procesamiento no se completa antes de la fecha de vigencia solicitada, se lo inscribirá a partir del 1.º del mes siguiente a la aprobación.

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

El período anual de inscripción abierta para la nueva cobertura es del 1 de noviembre al 31 de enero. Estas fechas están sujetas a cambios de conformidad con los cambios que se den en la ley. Puede cambiar su plan de beneficios, inscribirse en la cobertura de atención médica o agregar dependientes elegibles durante el período de inscripción abierta.

Fuera de este período de inscripción abierta, solo puede inscribirse para recibir atención médica, cambiar su cobertura o agregar dependientes elegibles si ha experimentado un evento de vida calificado. Esto se denomina período de inscripción especial. Debe inscribirse dentro de los 60 días posteriores al evento calificado para ser elegible para un período de inscripción especial. Si pasan los 60 días y no se inscribe para una cobertura de salud, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta.

WHA se reserva el derecho de solicitar la verificación del evento calificado (QE). Proporcione una copia del QE con su solicitud para agilizar el proceso de inscripción.

Certifico que yo o mis dependientes somos elegibles para inscribirnos bajo un Período de Inscripción Especial debido al siguiente evento calificador:

PÉRDIDA DE COBERTURA

- Pérdida de la cobertura de salud del empleador debido a la pérdida del trabajo
- Cambios en la cobertura del empleador, como una reducción en las horas trabajadas
- Finalizó la cobertura de COBRA
- Pérdida de la cobertura de Medi-Cal o Medicaid
- Fin del servicio militar

CAMBIOS EN LA FAMILIA Y LA EDAD

- Cumplir 26 años y dejar de ser elegible como dependiente en el plan de sus padres
- Casarse
- Nacimiento de un hijo o adopción reciente
- Divorcio o separación legal de la persona a través de la cual estaba cubierto como dependiente
- Muerte de la persona a través de la cual estaba cubierto como dependiente
- Cobertura ordenada por un tribunal para su dependiente

OTROS

- Reubicación permanente
- Se mudó fuera del área de servicio de su compañía de seguro médico actual
- Se mudó dentro de California con acceso a nuevos planes
- Otro _____

Nota: Los eventos que califican están establecidos por la ley estatal y federal. ¿QUÉ inscribirá a los solicitantes de acuerdo con la ley?

CONDICIONES DE ACEPTACIÓN

Lea la siguiente información y firme en el espacio provisto en la siguiente página. **Lea esta sección atentamente. Esta sección contiene información importante, incluyendo los motivos por los que WHA puede cancelar o rescindir la cobertura.**

Debe responder completamente todas las preguntas en esta solicitud, a pesar de que ya pueda ser miembro de WHA.

Asegúrese de completar correctamente la Solicitud/Acuerdo. Si no está seguro sobre la respuesta de alguna pregunta, tómese el tiempo para verificar que la información es la correcta antes de enviar su Solicitud/Acuerdo. Al firmar esta Solicitud/Acuerdo, usted afirma que todas las respuestas son verdaderas, completas y correctas a su leal saber y entender, y que si WHA acepta su solicitud de cobertura, la Solicitud/Acuerdo, junto con el Formulario del Documento Combinado de Evidencia de Cobertura y el Formulario de Divulgación (EOC/DF), constituirán el contrato del plan entre usted y WHA. Si WHA acepta al solicitante o dependiente(s) para la cobertura, la cobertura comenzará el 1.º del mes siguiente a la aceptación, o el 1.º del mes siguiente, según su selección en virtud de la "Fecha de vigencia" en esta Solicitud/Acuerdo. Su Solicitud/Acuerdo entrará en vigencia hasta el 31 de diciembre. Si cumple con todos los términos de esta Solicitud/Acuerdo y la EOC/DF, WHA renovará automáticamente esta Solicitud/Acuerdo cada año el 1.º de enero. Los términos de la Solicitud/Acuerdo y de la EOC/DF continuarán sin cambios, a menos que WHA haya enmendado los documentos, tal como se describe en la "Enmienda del Acuerdo" de la EOC/DF.

Una vez aceptado, se le proporcionará una EOC/DF. Al aceptar los beneficios de un Plan Individual/Familiar de WHA, usted acepta estar sujeto a la Solicitud/Acuerdo y a la EOC/DF. La EOC/DF para los Planes individuales de Advantage está disponible a solicitud de WHA o su agente antes de la inscripción.

WHA puede adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para fomentar la administración ordenada y eficiente de este acuerdo. Usted no puede asignar este acuerdo ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos por montos pagaderos, beneficios u obligaciones bajo el mismo sin la previa autorización por escrito de WHA. En cualquier disputa entre usted y WHA, un grupo médico o cualquier proveedor participante, cada parte asumirá sus propios honorarios de abogados y otros gastos. El hecho de que WHA no haga cumplir alguna disposición de la presente Solicitud/Acuerdo, o de la EOC/DF, no constituirá una renuncia a esa o cualquier otra disposición, ni perjudicará el derecho de WHA a partir de entonces de exigir el cumplimiento estricto de cualquier disposición.

Si está cubierto por un Plan Individual/Familiar de WHA, en el caso de que sufra una lesión, enfermedad o muerte debido al acto u omisión de un tercero, WHA proporcionará los servicios cubiertos. En caso de que se obtenga un recobro en su nombre, usted o su representante deben reembolsar a WHA el valor de los servicios cubiertos según lo establecido en la EOC/DF. Al firmar esta Solicitud/Acuerdo, usted otorga en su nombre y en nombre del solicitante, un derecho de retención sobre dicho recobro y acepta cooperar con WHA cuando exista la posibilidad de que se reciba un recobro.

El solicitante y sus dependientes deben vivir dentro del área de servicio de WHA. Puede comunicarse con su agente o WHA para determinar si el solicitante vive dentro del área de servicio de WHA, o puede consultar el Mapa del área de servicio en el sitio web de WHA. Cuando el solicitante está inscrito para la cobertura y en cualquier momento deja de vivir dentro del área de servicio, el solicitante ya no es elegible para la cobertura. Cuando el dependiente está inscrito para la cobertura y en cualquier momento deja de vivir dentro del área de servicio, el dependiente ya no es elegible para la cobertura. Vivir fuera del área de servicio es un hecho material que se debe reportar a WHA.

Si WHA acepta su solicitud de cobertura, dicha cobertura puede finalizar por fraude o tergiversación intencional de un hecho material, que incluye, entre otros, fraude o tergiversación u omisión material al proporcionar o no proporcionar información material a WHA, el uso de los servicios del plan, o por permitir deliberadamente tal fraude o tergiversación u omisión material por parte de otro. Dicha terminación entrará en vigencia cuando WHA le envíe por correo un aviso escrito. WHA puede terminar la cobertura de una persona solamente si las leyes y regulaciones estatales y federales lo permiten (o no lo prohíben).

Antes de tomar cualquier decisión de rescindir, WHA le notificará por escrito los motivos de la rescisión. El aviso de WHA le indicará los motivos por los cuales se considera que su solicitud es inexacta o incompleta y le pedirá que proporcione a WHA información adicional. Si, después de considerar su respuesta, WHA decide rescindir su cobertura, WHA le enviará a usted un aviso escrito al menos 30 días antes de la fecha de rescisión de su cobertura, donde se explica el fundamento de la decisión y cómo puede apelarla.

Toda la correspondencia enviada por fax y por correo debe estar firmada y fechada por la persona afectada o alguien legalmente autorizado para actuar en su nombre. Usted debe completar cualquier solicitud, formulario o declaración que solicite WHA durante su curso normal de operaciones o según se especifica en esta Solicitud/Acuerdo. Los avisos de WHA se le enviarán a la dirección más reciente que WHA tenga de usted. Usted es responsable de notificar a WHA sobre cualquier cambio en la dirección. Independientemente de cuándo notificó a WHA que el solicitante se mudó, el solicitante ya no será elegible para la cobertura si se muda fuera del área de servicio.

Excepto cuando lo excluyan las leyes federales, esta Solicitud/Acuerdo y la EOC/DF se regirán por las leyes de California, y cualquier disposición que sea obligatoria en estos documentos según las leyes estatales o federales será vinculante entre usted y WHA aunque no se especifique en estos documentos.

Usted o su representante autorizado puede solicitar una copia de su solicitud completa al 916.563.2250.

ACUERDO

He revisado todas las respuestas en esta Solicitud/Acuerdo. Con mi firma a continuación, declaro que la información proporcionada en esta Solicitud/Acuerdo es completa y precisa a mi leal saber y entender, y acepto las condiciones de aceptación y las autorizaciones que he proporcionado. Solo yo soy responsable de la precisión e integridad de la información proporcionada en esta Solicitud/Acuerdo. He revisado personalmente toda la información proporcionada en esta Solicitud/Acuerdo, incluso si no completé el formulario yo mismo. A mi leal saber y entender, toda la información en esta Solicitud/Acuerdo es precisa, verdadera y completa. Si WHA determina que la información en esta solicitud es materialmente inexacta, falsa o incompleta, entiendo que la cobertura puede ser cancelada o, si la falta de precisión, falsedad o estado incompleto fueron intencionales, la cobertura puede ser anulada. Además, entiendo que debo proporcionar a WHA cualquier información nueva que surja después de la presentación de esta solicitud pero antes que comience mi inscripción en WHA. Si he completado esta Solicitud/Acuerdo en nombre de otra persona, declaro que tengo autoridad legal para firmar en nombre del solicitante.

Solicitante/Parte económicamente responsable (firma por sí mismo, o en nombre del solicitante, o dependiente menor de 18 años) Fecha de hoy

Dependiente (si es mayor de 18 años) Fecha de hoy

Dependiente (si es mayor de 18 años) Fecha de hoy

Dependiente (si es mayor de 18 años) Fecha de hoy

Importante: Todos los solicitantes de 18 años o más deben firmar y fechar en la línea anterior correspondiente. El padre, madre o tutor legal debe firmar para todos los familiares menores de 18 años.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Todos los solicitantes: Lean la siguiente información y firmen en el espacio provisto a continuación.

Autorizo a WHA a divulgar a mi agente de WHA el estado de mi solicitud de cobertura, así como la de cualquier solicitante en cuyo nombre ejecuto esta autorización, incluyendo si una solicitud ha sido recibida, aceptada o rechazada; si es aceptada, la fecha de vigencia de la cobertura; e información respecto al estado de facturas y pagos de cantidades que se deben por la cobertura.

Si esta autorización se completa en nombre de una persona que no sea yo, confirmo que tengo la autoridad legal de firmar en nombre de dicha persona.

Solicitante/Parte económicamente responsable (firma por sí mismo, o en nombre del solicitante, o dependiente menor de 18 años) Fecha de hoy

Dependiente (si es mayor de 18 años) Fecha de hoy

Dependiente (si es mayor de 18 años) Fecha de hoy

Dependiente (si es mayor de 18 años) Fecha de hoy

Importante: Todos los solicitantes de 18 años o más deben firmar y fechar en la línea anterior correspondiente. El padre, madre o tutor legal debe firmar para todos los familiares menores de 18 años.

ACUERDO DE ARBITRAJE DE WESTERN HEALTH ADVANTAGE

Comprendo y acepto que (excepto para los casos de un Tribunal de Casos Menores, los reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare, y, si estoy inscrito en una cobertura que está sujeta a las normas del procedimiento de reclamos de ERISA [29 CFR 2560.503-1], ciertas disputas relacionadas a los beneficios), cualquier disputa entre mi persona (incluyendo cualquier heredero o asignatario) por una parte y por la otra WHA, cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores, u otras partes relacionadas, incluyendo reclamos por negligencia médica (es decir, si cualquier servicio médico prestado bajo el plan de salud no fue necesario o no estaba autorizado o se prestó de manera inadecuada, negligente o incompetente), debe determinarse por medio de procedimientos de arbitraje. Las partes, incluyendo cualquier heredero o asignatario, en este Acuerdo de Arbitraje renuncian a su derecho constitucional de presentar dicha disputa en un tribunal ante un jurado, y en lugar de ello, aceptan el uso de un arbitraje vinculante.

Solicitante/Parte económicamente responsable (firma por sí mismo, o en nombre del solicitante,
o dependiente menor de 18 años

Fecha de hoy

Dependiente (si es mayor de 18 años)

Fecha de hoy

Dependiente (si es mayor de 18 años)

Fecha de hoy

Dependiente (si es mayor de 18 años)

Fecha de hoy

Importante: Todos los solicitantes de 18 años o más deben firmar y fechar en la línea anterior correspondiente. El padre, madre o tutor legal debe firmar para todos los familiares menores de 18 años

INFORMACIÓN DEL AGENTE O REPRESENTANTE

PARA TODOS LOS SOLICITANTES QUE EMPLEAN UN AGENTE DE SEGUROS

Nombre del agente _____

Western Health Advantage compensará al agente registrado con una comisión del 5% por miembro por mes con la compra de esta cobertura de WHA.

PARA SER COMPLETADA POR SU AGENTE DESPUÉS DE COMPLETAR ESTA SOLICITUD

Debe responder las siguientes preguntas al seleccionar Sí o No:

Sí No Ayudé al solicitante con la entrega de esta solicitud. A mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es completa y precisa. Le expliqué al solicitante, o a la persona económicamente responsable, según corresponda, en un lenguaje fácil de comprender, el riesgo de presentar información inexacta; y el solicitante, o la persona económicamente responsable, comprendió la explicación.

Notificación para el agente: Si ha ayudado en la entrega de esta solicitud, la ley requiere que de fe de esta ayuda. Si, al atestiguar, usted confirma como verdadero cualquier hecho material que sabe que es falso, usted estará sujeto a una penalización civil de hasta diez mil dólares (\$10,000), según se autorice bajo el Código de Salud y Seguridad de California, sección 1389.8(c), o el Código de Seguros, sección 10119.3, además de cualquier otra penalización o remedio disponible bajo las leyes vigentes

Firma del agente

Fecha de hoy

Información del agente o representante

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Número de identificación del agente de WHA _____

Dirección residencia _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono de la empresa _____ Correo electrónico _____