Inscripción o cambio de plan de salud
para los planes colectivos de Vermont

Acción solicitada: ☐ **Inscripción** ☐ **Cambio** ☐ **Baja** ***Complete ambas páginas de este formulario.***

Debe ser completado por el empleador *(incluya el nombre y el número del grupo que figuran en la página 2)*

Nombre del grupo	N.º de grupo	N.º de subgrupo	Categoría de empleado	Fecha de vigencia

Sección 1: Datos personales *(escriba en letra de imprenta)*

Nombre del solicitante *(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*

Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

Condado	N.º de teléfono fijo	N.º de teléfono móvil
	( )	( )

Correo electrónico

¿Cumple usted o su cónyuge los requisitos para acceder a Medicare? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si responde ***Sí***, indique sus números de identificación de miembros de Medicare.
(Usted mismo) (Cónyuge, si cumple los requisitos)

Si responde ***Sí***, indique las fechas de vigencia de las Partes A y B de Medicare.
(Usted mismo) Parte A Parte B (Cónyuge) Parte A Parte B

Sección 2: Información sobre la inscripción, los cambios y las bajas

Inscripción o cambio *(marque todas las opciones que correspondan)*

☐ Nuevo solicitante ☐ Añadir dependiente ☐ Cambio de nombre
☐ Cambio a otro plan ☐ Cambio de dirección ☐ COBRA

Fecha de vigencia solicitada

Motivo

☐ Nueva contratación (Fecha de contratación:)
☐ Inscripción abierta
☐ Evento calificado *(explique)*
☐ Otro

Baja

☐ Darse de baja del plan
☐ Quitar únicamente a los dependientes *(especifique el nombre o el número de identificación del afiliado)*

Fecha de vigencia solicitada

Motivo de la baja

☐ Baja en el empleo ☐ Optar por otra cobertura
☐ Trasladado desde el área de servicio
☐ Otro

Sección 3: Selección de la cobertura (inscripciones y cambios)

Nivel de cobertura médica ☐ Solicitante ☐ Solicitante y cónyuge ☐ Solicitante y dependientes ☐ Familia

☐ Estándar ☐ No estándar ☐ Nombre del plan médico *(p. ej., Gold 4 HDHP)*

Nivel de cobertura de la vista opcional ☐ Solicitante ☐ Solicitante y cónyuge ☐ Solicitante y dependientes ☐ Familia

La cobertura de la vista debe ser igual o inferior a la cobertura médica.

Plan de visión opcional (seleccione uno) ☐ MVP Vision 1 ☐ MVP Vision 2 ☐ MVP Vision 3

Si va a escanear este formulario para enviarlo, asegúrese de escanear y enviar todas las páginas.

Continúa en la página 2

Nombre del grupo *N.º de grupo* *Nombre del solicitante*

Sección 4: Información sobre todos los miembros de la familia que desee inscribir en su plan (inscripciones y cambios)

Use un formulario aparte para cada persona adicional.

1 Solicitante

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario | Edad | Fecha de nacimiento ***(obligatorio)*** | N.º de la Seguridad Social ***(obligatorio)***

2 Nombre *(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*

Relación con el solicitante ☐ Cónyuge ☐ Dependiente

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario | Edad | Fecha de nacimiento ***(obligatorio)*** | N.º de la Seguridad Social ***(obligatorio)***

3 Nombre *(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*

Relación con el solicitante:

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario | Edad | Fecha de nacimiento ***(obligatorio)*** | N.º de la Seguridad Social ***(obligatorio)***

4 Nombre *(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*

Relación con el solicitante: ☐ Dependiente

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario | Edad | Fecha de nacimiento ***(obligatorio)*** | N.º de la Seguridad Social ***(obligatorio)***

Sección 5: Autorización *(Se requiere su firma para las inscripciones, los cambios o las bajas)*

En mi nombre y en el de los miembros de mi familia para los que tengo autorización de inscripción y que he incluido en este formulario de inscripción, yo (nosotros) solicito (solicitamos) por la presente la afiliación a MVP. Por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación, el uso y la comunicación de cualquier información médica sobre mí y sobre cualquier miembro de mi familia para el que pueda dar mi consentimiento:

- Por parte de mi proveedor de atención primaria, de cualquier otro profesional sanitario o de la agencia reguladora competente de Vermont a MVP y a cualquier profesional sanitario que participe en mi atención o en la de mi familia, en la medida en que sea razonablemente necesario para que MVP o mis profesionales sanitarios puedan llevar a cabo funciones relacionadas con el tratamiento, el pago o la gestión de la asistencia sanitaria, u otras funciones permitidas por las leyes, reglamentos y normas aplicables, y de conformidad con estos. Esto puede incluir información sobre farmacia y otras reclamaciones médicas necesarias para facilitar la gestión de mi atención médica.
- Por parte de MVP y de cualquier proveedor de asistencia sanitaria a la agencia reguladora competente de Vermont y a otras agencias federales, estatales y locales autorizadas, con el fin de gestionar programas sanitarios en la medida en que lo permitan las leyes, reglamentos y normas aplicables, y de conformidad con estos.
- A MVP, a mis proveedores o a otras personas u organizaciones, en la medida en que sea razonablemente necesario para que MVP o mis proveedores lleven a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención sanitaria, o en cualquier otro caso y en la medida en que lo permitan las leyes, reglamentos y normas aplicables, y de conformidad con los mismos.

Asimismo, acepto que la información facilitada con fines de tratamiento, pago y gestión de la atención médica pueda incluir datos sobre mí relacionados con el VIH o la salud mental, en la medida en que lo permitan las leyes aplicables, hasta que revoque este consentimiento.

En cualquier momento, puedo retirar el permiso que he concedido para divulgar información. Lo único que tengo que hacer es llamar al Centro de Atención al Cliente de MVP al número de teléfono que figura en el reverso de mi tarjeta de miembro de MVP.

Por la presente, certifico que las declaraciones realizadas son veraces y completas, según mi leal saber y entender.

Salvo que la ley lo prohíba, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas relacionadas con mi plan de salud MVP en la dirección de correo electrónico que he indicado. Entiendo que tengo derecho a recibir documentos en papel, y que puedo configurar y modificar mis preferencias de comunicación en cualquier momento iniciando sesión en **mvphealthcare.com** y seleccionando *Preferencias de comunicación*. He leído y acepto los detalles que se describen en la Divulgación electrónica de MVP, que está disponible en **mvphealthcare.com** o llamando a MVP al número **1-800-TALK-MVP** (1-800-825-5687).

☐ Sí ☐ No

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de siniestro que contenga información sustancialmente falsa, u oculte, con el fin de inducir a error, información relativa a cualquier hecho relevante para esta, comete un acto de fraude en materia de seguros, lo cual constituye un delito, y también podrá ser objeto de una sanción civil.

He leído esta autorización y la acepto.

Firma *Fecha*

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudar. Llame al **1-844-865-0250** O visite **mvphealthcare.com**

Envíe por correo todas las páginas del formulario completo a la siguiente dirección: **MVP HEALTH CARE 625 STATE ST SCHENECTADY NY 12305-2111**

Los planes de beneficios de salud son emitidos o administrados por MVP Health Plan, Inc.; MVP Health Insurance Company; MVP Select Care, Inc.; y MVP Health Services Corp., subsidiarias operativas de MVP Health Care, Inc. No todos los planes están disponibles en todos los estados y condados.