



MotivHealth Insurance Company
 PO Box 709718
 Sandy, UT 84070-9718
 www.motivhealth.com

Seguro de MotivHealth: Formulario De Inscripción Del Empleado

Empleador: _____ Correo Electrónico: _____
 Empleado: _____ Ciudad: _____
 Dirección: _____ Otro teléfono: _____
 ST: _____ Código Postal: _____ Red de Seguros: _____
 Teléfono Preferido: _____
 Método de contacto preferido: ___ Teléfono ___ Texto ___ Dirección de correo electrónico

Información Para Empleados Y Dependientes (Anótese Usted Y Sus Dependientes Elegibles A Ser Cubiertos)

RELATIONSHIP	Nombre (Primero, Inicial Del Medio, Último)	Género	Fecha de nacimi MM/DD/YY	Años	Seguridad Social #
Empleado		M/F			
Esposo		M/F			
Niño		M/F			
Niño		M/F			
Niño		M/F			
Niño		M/F			
Niño		M/F			

Seguro MotivHealth: Selección De Plan

Persona Deducible _____ Familia Deducible _____
 Máximo Desembolso Individual _____ Familia Máximo Fuera De Bolsillo _____
 Coseguro _____ Copagos _____
 Costo Compartido De Recetas _____

EN RED

Cuenta de Ahorros de Salud (HSA): Sí, configure mi HSA No, no configure una HSA para mí

CONSENTIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN ELECTRÓNICA

Con mi firma a continuación y, a menos que haya rechazado expresamente la distribución electrónica marcando la casilla de verificación a continuación, autorizo, en mi nombre y a los dependientes cubiertos, a la distribución electrónica de comunicaciones relacionadas con la cobertura solicitada y entiendo que:

Para acceder a las comunicaciones distribuidas electrónicamente, yo y cada uno de mis dependientes cubiertos tendremos que establecer cuentas de motivhealth.com para usar en un sistema que cumpla con los requisitos descritos y declaro que cada uno de nosotros tiene y continuaremos teniendo acceso a dicho sistema o sistemas.

Actualmente, no todas las comunicaciones de los miembros están disponibles electrónicamente, pero acepto que mi consentimiento se aplicará a los siguientes materiales disponibles, o cuando estén disponibles, para distribución electrónica, (i) avisos de inscripción y / o fecha de vigencia, (ii) acuses de recibo de reclamos, solicitudes de información adicional relacionada con reclamos y avisos de demoras asociadas en el procesamiento, y determinaciones sobre reclamos presentados, (iii) divulgaciones informativas generales requeridas por la ley, que incluyen pero no se limitan a avisos de derechos bajo los Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer Ley, leyes estatales de protección del paciente y leyes de privacidad, (iv) comunicaciones sobre quejas, quejas o apelaciones, incluidos, entre otros, acuses de recibo, solicitudes de información adicional y avisos de demoras asociadas, y avisos de determinaciones, (v) resúmenes de beneficios y cobertura y glosario uniforme de términos, (vi) avisos de cambios de beneficios o modificaciones de políticas, (vii) re información nueva, (viii) avisos de interrupción, (ix) avisos de terminación y derechos de cobertura de continuación, (x) certificados de cobertura acreditable, (xi) avisos de facturación y estados de cuenta.

Hasta que se pueda distribuir electrónicamente un tipo de comunicación, se proporcionará una copia en papel.

Una vez disponible en forma electrónica, cualquier comunicación distribuida electrónicamente puede imprimirse desde la cuenta de motivhealth.com donde se publican, o se puede solicitar una copia impresa de cualquier comunicación en particular en cualquier momento usando motivhealth.com o contactando al Servicio al Cliente de MotivHealth Insurance Company al número provisto en mi tarjeta de identificación.

Puedo cambiar la dirección de correo electrónico para recibir un aviso de distribuciones electrónicas o retirar el consentimiento (volver a la distribución en papel) en cualquier momento y sin cargo utilizando motivhealth.com o comunicándome con el Servicio al Cliente de MotivHealth Insurance Company como se describe en la viñeta anterior.

- No quiero distribución electrónica. A menos que no se requiera mi consentimiento para una distribución electrónica, elijo recibir comunicaciones relacionadas con esta cobertura en formato impreso.

Autorización Y Acuse De Recibo

Por la presente solicito cobertura de seguro de salud de MotivHealth Insurance Company para las personas que figuran en esta solicitud y acepto presentar las primas según lo requiera MotivHealth Insurance Company o autorizar a mi empleador a deducir de mis ganancias las contribuciones necesarias, si corresponde, que se me soliciten. Acepto los términos del acuerdo grupal entre mi empleador y MotivHealth Insurance Company y designo a mi empleador para que actúe como agente en mi nombre.

Entiendo que dicho acuerdo está archivado con el empleador y MotivHealth Insurance Company y está disponible para mi inspección. Entiendo que cualquier tergiversación material intencional al responder las preguntas en esta solicitud o la falta de pago de las primas puede resultar en la rescisión o cancelación de mi cobertura y la de otras que figuran en esta solicitud. Acepto pagar el costo compartido requerido a través de cualquier póliza emitida como parte de esta solicitud. Autorizo a MotivHealth Insurance Company a recibir información sobre cualquier problema de salud y cualquier reclamo relacionado con esta política.

Entiendo que el Contrato de seguro médico grupal puede limitar los proveedores de atención médica cuyos servicios estarán cubiertos. Entiendo que el Contrato de seguro médico grupal limita o excluye ciertas condiciones o servicios para mí u otros incluidos en esta solicitud. Acepto que, en la medida en que no cumpla con los términos del Contrato de seguro médico grupal, los servicios de atención médica que obtenga pueden no estar cubiertos. Si el Contrato de seguro médico grupal establece que se realicen contribuciones, autorizo a mi empleador a deducirlas de mi salario. Si se indica en la selección del plan, autorizo a MotivHealth Insurance Company a establecer una HSA. Al establecer una HSA, certifico que no estoy cubierto por otra póliza de seguro de salud que me haría inelegible para establecer una HSA y no estoy inscrito en Medicare. Entiendo que mi información de inscripción y de salud se compartirá con MotivHealth con el propósito de administrar y coordinar pagos bajo mi cuenta de ahorros de salud.

- Al marcar esta casilla, certifico que se me ha dado la oportunidad de solicitar cobertura para mí y mis dependientes elegibles, si corresponde. Estoy rechazando la inscripción como se indicó anteriormente. Entiendo que estoy rechazando la inscripción para mí o mis dependientes elegibles (incluido mi cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal.

Firma Del Empleado

Fecha