



FORMA DE INSCRIPCION

COBRA

PLAN MEDICO UNICAMENTE

PLAN DENTAL Y MEDICO

| | | | | | |
|----------------------|--|---|--|----------------------------------|--|
| APELLIDO | | NOMBRE | | NUMERO DE SEGURO SOCIAL | |
| DOMICILIO | | CIUDAD | | ESTADO | |
| ZONA POSTAL | | TELEFONO (CASA O MENSAJE) | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| () | | MM / DD / AA | | / / | |
| NOMBRE DE LA EMPRESA | | IDIOMA DE PREFERENCIA | | OTRO | |
| | | <input type="checkbox"/> INGLES | | <input type="checkbox"/> ESPAÑOL | |
| | | <input type="checkbox"/> SEXO MASCULINO | | <input type="checkbox"/> SOLTERO | |
| | | <input type="checkbox"/> SEXO FEMENINO | | <input type="checkbox"/> CASADO | |

Lista de Dependientes: Únicamente dependientes elegibles incluyendo esposa (o) e hijos

Se solicita documentación oficial como: Actas de nacimiento, matrimonio y documentación legal para beneficiarios menores de 26 años.

| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NAC MES DIA AÑO | SEGURO SOCIAL | N/A | HIJOS (A) | ESPOSA (O) | PLAN MEDICO | PLAN MEDICO Y DENTAL | PLAN DENTAL |
|----------|--------|-----------------------------|---------------|-----|--------------------------|--------------------------|-------------|----------------------|-------------|
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Al solicitar afiliación como miembro de Sistemas Medicos Nacionales, S.A. de C.V. (SIMNSA) para mi y miembros de mi familia que sean elegibles, acepto lo siguiente:

1. Todos los servicios deben ser proporcionados exclusivamente por los proveedores de SIMNSA, salvo emergencias (como explicado en los documentos de membresía).
2. No deben de prestar su tarjeta de membresía a cualquier otra persona, por la cual quedará sujeto a cancelación inmediata y cargos penales.
3. Estoy de acuerdo que SIMNSA obtendrá información médica acerca las personas que se incluyen en esta solicitud con el fin de administrar el Plan.
4. Certifico que la información que incluyo en esta solicitud es verídica y correcta y que comprendo los beneficios y reglamentos de este Plan de Salud.
5. Este plan usa el arbitraje atado exclusivamente para asentar toda disputa que surja bajo este acuerdo. Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica en caso de que algún servicio médico otorgado en California bajo este contrato era innecesario, no autorizado, inapropiado, negligente o incompetentemente otorgado, será determinado por la sumisión al arbitraje como es proporcionado por la ley de California, y no por un pleito o un proceso tribunal excepto como la ley de California estipula para la revisión jurídica de actos de arbitraje. Cualquier disputa que surja de servicios otorgados en México, la ley mexicana prevé revisión judicial de procedimientos arbitrales. Ambos partidos al aceptar este contrato renuncian a su derecho constitucional para tener cualquier disputa decidida en un tribunal de la ley ante un jurado, en lugar aceptan el uso de arbitraje. Para más información favor de referirse a su Constancia de Cobertura y Elegibilidad (CCE)

HR please fill in for Plan

Effective Date: _____

New Hire Hire Date: _____

Re-Hire Re-Hire Date: _____

FECHA

FIRMA



ENROLLMENT APPLICATION

COBRA

MEDICAL PLAN

MEDICAL AND DENTAL PLAN

| | | | | | |
|--|--|---|--|----------------------------------|--|
| LAST NAME | | FIRST NAME | | SOCIAL SECURITY NUMBER | |
| STREET ADDRESS | | CITY | | STATE | |
| ZIP CODE | | TELEPHONE (HOME OR CELL) () | | DATE OF BIRTH MM/DD/YY / / | |
| <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE | | <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> MARRIED | | <input type="checkbox"/> OTHER | |
| NAME OF COMPANY WHERE YOU WORK (EMPLOYER) | | | LANGUAGE PREFERENCE <input type="checkbox"/> ENGLISH <input type="checkbox"/> SPANISH | | |

List Dependents: Eligible dependents may include: Spouse, registered domestic partner and/or children under 26 years old. The Plan will request official and legal documentation such as: Birth Certificates, Marriage Certificate.

| LAST NAME | FIRST NAME | DATE OF BIRTH MM / DD / YY | S . S . N SOCIAL SECURITY NUMBER | N/A | CHILDREN | SPOUSE | MEDICAL PLAN | MEDICAL AND DENTAL PLAN | DENTAL PLAN |
|-----------|------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Upon applying for membership of Sistemas Medicos Nacionales, S.A. for me and eligible members of my family, I accept the following:

- All services should be provided solely by SIMNSA providers, except in case of an Emergency as defined in the Plan document.
- We shall not lend our member cards to others; doing so may result in immediate cancellation of coverage and penalties.
- I understand that SIMNSA will obtain medical information for people listed on this application in order to administer the Plan.
- I certify that the information on this application is valid and correct and that I understand the benefits and rules of this health Plan.
- This Plan uses binding arbitration to settle all disputes arising under this Agreement. It is understood that any dispute as to medical malpractice, that is, as to whether any medical services rendered in California under this contract were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently or incompetently rendered, will be determined by submission to arbitration as provided by California law, and not by a lawsuit or resort to court process except as California law provides for judicial review of arbitration proceedings. For any disputes arising from services rendered in Mexico, Mexico law provides for judicial review of arbitration proceedings. Both parties to this contract, by entering into it, are giving up their constitutional right to have any such dispute decided in a court of law before a jury, and instead are accepting the use of arbitration. For more information, please refer to your Evidence of Coverage.

ADMINISTRATIVE USE ONLY

Effective Date: _____

New Hire Hire Date: _____

Re-Hire Re-Hire Date: _____

DATE

SIGNATURE