

Health Plan Enrollment or Change

for New York State Large Group Plans



Action Requested: Enrollment Change Termination

Please complete all pages of this form.

To be Completed by Employer (please include Group Name, Group No., and Applicant Name on pages 2 and 3)

Group Name		Group No.	Subgroup No.
Employee Class	Product ID No.	Effective Date	

Section 1: Information About Yourself (please print)

Applicant Name (First, Middle Initial, Last)		Marital Status <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married	
Street Address		City	State Zip Code
County	Home Phone No.	Mobile Phone No.	
Email			

Coverage Level Applicant Applicant and Spouse Applicant and Dependent(s) Family

Are you and/or your spouse eligible for Medicare? Yes No | If Yes, provide your Medicare Member ID No(s).
(Yourself) (Spouse, if eligible)

If Yes, provide Medicare Parts A and B Effective Dates
(Yourself) Part A Part B (Spouse) Part A Part B

Section 2: Enrollment/Change/Termination Information

Enrollment or Change (check all that apply)

- New Applicant Add Dependent Name Change
- Transfer to Another Plan Address Change COBRA

Requested Effective Date

- Reason
- New Hire (Date of Hire: _____) Open Enrollment
 - Qualifying Event (explain)
 - Other

Termination

- Terminate from Plan
- Remove Dependent(s) only (specify name or member ID no.)

Requested Effective Date

Reason for Termination

- Termination of Employment Opting for Other Coverage
- Moved from Service Area
- Other

Section 3: Choose Your Coverage (Enrollments and Changes)

HMO PPO POS EPO HDHP EPO HDHP PPO Dental

HMO Health Maintenance Organization plan PPO Preferred Provider Organization plan POS Point of Service plan EPO Exclusive Provider Organization plan
HDHP EPO High Deductible Health Plan Exclusive Provider Organization HDHP PPO High Deductible Health Plan Preferred Provider Organization

If scanning this form for submission, be sure to scan and return all pages of this form.

Continued on page 2

Group Name	Group No.	Applicant Name
------------	-----------	----------------

Section 4: Information About All Family Members You Want to Enroll in Your Plan (Enrollments and Changes)

Please use a separate form for additional individuals.

For HMO and POS plan applicants, you (Applicant) and each individual listed below must designate a choice of Primary Care Physician (PCP). To search for doctors in our network, visit mvphealthcare.com and select *Find a Doctor*, or contact the MVP Customer Care Center at **1-888-687-6277** for assistance.

1 Applicant	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Age	Date of Birth <i>(required)</i>	Social Security No. <i>(required)</i>
Primary Care Physician <i>(First, Last)</i>			Are you already a patient of this physician? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	PCP No.

2 Name <i>(First, Middle Initial, Last)</i>				Relationship to Applicant <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Dependent
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Age	Date of Birth <i>(required)</i>	Social Security No. <i>(required)</i>	
Primary Care Physician <i>(First, Last)</i>			Already a patient of this physician? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	PCP No.

3 Name <i>(First, Middle Initial, Last)</i>				Relationship to Applicant <input type="checkbox"/> Dependent
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Age	Date of Birth <i>(required)</i>	Social Security No. <i>(required)</i>	
Primary Care Physician <i>(First, Last)</i>			Already a patient of this physician? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	PCP No.

4 Name <i>(First, Middle Initial, Last)</i>				Relationship to Applicant <input type="checkbox"/> Dependent
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Age	Date of Birth <i>(required)</i>	Social Security No. <i>(required)</i>	
Primary Care Physician <i>(First, Last)</i>			Already a patient of this physician? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	PCP No.

5 Name <i>(First, Middle Initial, Last)</i>				Relationship to Applicant <input type="checkbox"/> Dependent
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Age	Date of Birth <i>(required)</i>	Social Security No. <i>(required)</i>	
Primary Care Physician <i>(First, Last)</i>			Already a patient of this physician? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	PCP No.

Section 5: Authorization (Your signature is required for Enrollments, Changes, or Terminations)

On behalf of myself and any members of my family for whom I have enrollment authority and have listed on this enrollment form, I (we) hereby apply for membership in MVP. I hereby consent to the release, use, and disclosure of any medical information about me and any members of my family for whom I can give consent:

- By my primary care provider, any other health care provider, or the New York State Department of Health (“NYSDOH”) to MVP and any health care providers involved in caring for me or my family, as reasonably necessary for MVP or my health care providers to carry out treatment, payment, or health care operations functions, or other functions permitted by, and in accordance with, applicable laws, regulations, and rules. This may include pharmacy and other medical claims information needed to help manage my care;
- By MVP and any health care providers to NYSDOH and other authorized federal, state, and local agencies for purposes of administering health programs to the extent permitted by, and in accordance with, applicable laws, regulations, and rules; and

Group Name	Group No.	Applicant Name
------------	-----------	----------------

(Section 5: Authorization continued from page 2)

- By MVP to my providers or other persons or organizations, as reasonably necessary for MVP or my providers to carry out treatment, payment, or health care operations, or as otherwise and to the extent permitted by, and in accordance with, applicable laws, regulations, and rules.

At any time, I can take away the permission I gave to release information. All I have to do is call the MVP Customer Care Center at the phone number listed on the back of my MVP Member ID card.

I hereby certify that the statements made are true and complete to the best of my knowledge and belief.

Unless otherwise prohibited by law, I consent to the receipt of electronic communications related to my MVP health plan at the email address I provided. I understand that I am entitled to receive paper documents, and that I can set and change my communication preferences at any time by signing in at **mvphealthcare.com** and selecting *Communication Preferences*. I have read and agree to the details outlined in MVP’s *Electronic Disclosure*, which is available at **mvphealthcare.com** or by calling MVP at **1-800-TALK-MVP** (825-5687).

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the state value of the claim for each such violation.

I have read and agree to this authorization.

Signature

Date

Questions? We’re here to help.  Call **1-800-TALK-MVP** (825-5687)  Or visit **mvphealthcare.com**

MVP HEALTH CARE 625 STATE ST SCHENECTADY NY 12305-2111

Health benefit plans are issued or administered by MVP Health Plan, Inc.; MVP Health Insurance Company; MVP Select Care, Inc.; and MVP Health Services Corp., operating subsidiaries of MVP Health Care, Inc. Not all plans available in all states and counties.

Inscripción o Cambio de Plan de Salud

para Planes Large Group en el Estado de Nueva York



Acción Solicitada: Inscripción Cambio Terminación

Por favor complete ambos lados de este formulario.

Para Ser Completado por el Empleador (por favor incluya el nombre y el número del grupo en la página 2)

Nombre del Grupo			Fecha de Entrada en Vigencia
Número de Grupo	Número de Subgrupo	Número de Identificación del Producto	Número de Identificación del Producto
Clase de Empleado	Departamento del Empleado (si corresponde)	Aprobado Por	

Sección 1: Información Sobre Usted (por favor en letra de imprenta)

Nombre del Solicitante (Primer, Inicial del Segundo, Apellido)			Estado Civil	
			<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Condado	Teléfono ()	Correo Electrónico		
¿Cuenta usted o algún familiar con seguro médico?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es Sí , ¿con qué compañía de seguro? (Nombre de la Compañía)	
Compañía de Seguro Médico del Cónyuge (de ser diferente a la suya)		Número de Identificación del Seguro Médico del Cónyuge (si la compañía es diferente a la suya)		

Nivel de Cobertura Solicitante Solicitante y Cónyuge Solicitante y Dependiente(s) Familia

¿Califica usted y/o su cónyuge para Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es Sí , proporcione el/los número(s) de identificación de afiliado de Medicare (Usted)		(Cónyuge, si es elegible)
Si su respuesta es Sí , proporcione las fechas de entrada en vigencia de las Partes A y B de Medicare (Usted)				
Parte A	Parte B	(Su Cónyuge)	Parte A	Parte B

Sección 2: Información de Inscripción/Cambio/Terminación

Inscripción o Cambio (marque todos los que apliquen)

- Solicitante Nuevo Agregar Dependiente Nombre Cambio
 Transferencia a Otro Plan Cambio de Dirección COBRA

Fecha de Entrada en Vigor Solicitada

Motivo

- Nueva Contratación (Fecha de Contratación:)
 Inscripción Abierta
 COBRA/ Continuación Estado
 Evento Calificante (explique)
 Otro

Terminación

- Terminación del Plan
 Quitar Solo Dependiente(s)
(especificar nombre o número de identificación del afiliado)

Fecha de Entrada en Vigor Solicitada

Motivo de Terminación

- Cese del Empleo Optar por Otra Cobertura
 Se Mudó del Área de Servicio
 Otro

Sección 3: Elija Su Cobertura (Inscripciones y Cambios)

HMO PPO POS EPO HDHP EPO HDHP PPO Dental

HMO Plan de Organización de Conservación de la Salud PPO Plan de Organización de Proveedor Preferido POS Plan de Punto de Servicio
EPO Plan de Organización de Proveedor Exclusivo HDHP EPO Plan de Salud de Deducible Alto de Organización de Proveedor Exclusivo
HDHP PPO Plan de Salud de Deducible Alto de Organización de Proveedor Preferido

Si escanea este formulario para presentarlo, asegúrese de escanear y devolver todos los lados.

Continúa en la Página 2

Nombre del Grupo	Número del Grupo	Nombre del Empleado
------------------	------------------	---------------------

Sección 4: Información Sobre Todos los Familiares que Desea Inscribir en Su Plan (Inscripciones y Cambios)

Por favor utilice un formulario separado para cada persona adicional.

1 Solicitante	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social <i>(obligatorio)</i>
Médico de Atención Primaria* <i>(primer nombre, apellido)</i>			¿Ya es usted paciente de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de PCP

2 Nombre <i>(Premir, Inicial del Segundo, Apellido)</i>				Relación con el Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social <i>(obligatorio)</i>		
Médico de Atención Primaria* <i>(Primer, Apellido)</i>			¿Ya es paciente de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número del PCP	

3 Nombre <i>(Premir, Inicial del Segundo, Apellido)</i>				Relación con el Solicitante <input type="checkbox"/> Dependiente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social <i>(obligatorio)</i>		
Médico de Atención Primaria* <i>(Primer, Apellido)</i>			¿Ya es paciente de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número del PCP	

4 Nombre <i>(Premir, Inicial del Segundo, Apellido)</i>				Relación con el Solicitante <input type="checkbox"/> Dependiente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social <i>(obligatorio)</i>		
Médico de Atención Primaria* <i>(Primer, Apellido)</i>			¿Ya es paciente de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número del PCP	

*Para los solicitantes de los planes HMO y POS, usted (Solicitante) y cada una de las personas mencionadas a continuación deberán designar una opción de Médico de Atención Primaria (PCP). Para buscar médicos en nuestra red, visite mvphealthcare.com y seleccione *Find a Doctor*, o comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-888-687-6277** para asistencia.

Sección 5: Autorización (Se requiere su firma para Inscripción, Cambios, o Terminaciones)

Toda persona que, con conocimiento e intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material relacionado comete un acto de seguro fraudulento, lo que constituye un delito y también será sujeto a una sanción civil que no excederá los \$5,000 y el valor establecido de la reclamación para cada violación.

A mi nombre y en representación de cualquier persona que se menciona en la Sección 4 de esta solicitud, solicito por la presente la membresía en MVP. Por la presente consiento la divulgación de cualquier información médica, de salud y/o de pagos (que incluye, sin limitaciones, información de farmacia y reclamos) sobre mí por parte del médico, hospital autorizado, otro proveedor de atención médica o agencias autorizadas del estado federal o local vinculadas a MVP y a cualquier proveedor de atención médica involucrados en mi cuidado, como sea razonablemente necesario para permitir a MVP administrar mis beneficios o para que MVP o mis proveedores de atención médica lleven a cabo funciones de tratamiento, pagos, operaciones de atención médica, en la medida que esté permitido por la ley. También estoy de acuerdo que la información divulgada para las operaciones de tratamiento, pagos y atención médica pueda incluir información sobre mí de VIH, ETS, salud mental o abuso de sustancias y alcohol, en la medida que esté permitido por la ley, hasta que revoque este consentimiento.

Por la presente certifico que estas declaraciones son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.
Al incluir una dirección de correo electrónico en este formulario de Inscripción/Cambio, usted está de acuerdo en aceptar la comunicación electrónica, a no ser que se requiera, de otro modo, por la ley.
He leído y estoy de acuerdo con esta autorización.

Firma	Fecha
-------	-------

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