

MediExcel Health Plan

Affidavit for Enrollment of Domestic Partners

Section One

I, _____ and _____ are domestic partners, and we:
(print complete name of subscriber) (print complete name of domestic partner)

- are each eighteen (18) years of age or older;
- share a close personal relationship and are responsible for each other's common welfare;
- are each other's sole domestic partner
- are not married to anyone nor have had another domestic partner within the prior six months;
- are not related by blood closer than would bar marriage in the State of California;
- share the same regular and permanent residence, with the current intent to continue doing so indefinitely;
- are jointly financially responsible for "basic living expenses," defined as the cost of basic food, shelter, and any other expenses of a domestic partner which the partner qualified because of the domestic partnership. (Note: Domestic partners need not contribute equally or jointly to the cost of these expenses as long as they agree that both are responsible for the cost.);

Section Two

I understand that my domestic partner is eligible for enrollment at the time of my hire or throughout the year based on the same eligibility criteria used for other dependents.

I understand that this affidavit shall be terminated upon the death of my domestic partner or by a change in circumstance attested to in this Affidavit.

I agree to provide written notice to my payroll/personnel representative if there is any change of circumstances attested to in this Affidavit within 30 days of the change by filing a Statement of Termination of Domestic Partnership.

Section Three

We understand that a civil action may be brought against us for any losses, including reasonable attorney fees and court costs, because of a willful falsification of information contained in this Affidavit of Domestic Partnership.

We understand that under applicable federal and state income tax law, payments for health coverage of a domestic partner may result in additional imputed taxable income to the employee, with possible withholding for payroll taxes (including income and social security taxes). Consult with your Human Resources department for information.

We understand that, in addition to the eligibility requirements of _____ for domestic partner
(Name of employer group)
coverage, there are terms and conditions of coverage set forth in the MediExcel health Plan Group Subscriber Agreement to which we agree to be bound.

We acknowledge that, depending on the health care plan we select, the applicable Group Agreement may include, for example and without limitation, (1) a requirement that each of us arbitrate any and all claims, including malpractice claims, against the health care plan we choose and its related organizations and providers; and (2) the right of the health care plan to terminate coverage on the grounds set forth in the Group Agreement including, without limitation, termination of coverage due to fraud, and misrepresentation of eligibility. By executing this Affidavit, we agree to be bound by the terms and conditions of coverage of the health care plan selected as set forth in the applicable Group Agreement, including the arbitration clause, if any.

We understand willful falsification of information contained in this Affidavit may result in our termination of enrollment by the health care plan which we select for coverage.

We also certify under penalty of perjury under the laws of the State of California, that the foregoing is true and accurate to the best of our knowledge.

X
Signature of subscriber _____ Date _____ Date of birth _____

X
Signature of domestic partner _____ Date _____ Date of birth _____

Address _____ City _____ State _____ ZIP _____

X
Signature of witness _____ Date _____

MediExcel Health Plan

Declaración para Enrolamiento de Pareja Doméstica

Sección Uno

Yo, _____ y _____ somos pareja y nosotros:
(nombre completo impresión de suscriptor) (nombre completo impresión de pareja de hecho)

- tenemos cada uno dieciocho (18) años de edad o más;
- compartimos una relación personal y son responsables por el bienestar de ambos;
- somos la única pareja domestica de ambos.
- no estamos casados con nadie ni han tenido otra pareja dentro de los seis meses anteriores;
- no estamos relacionados por sangre tan cerca que impediría el matrimonio en el estado de California;
- compartimos la misma residencia regular y permanente, con la intención actual para continuar de esa manera;
- somos conjuntamente responsables de "gastos esenciales," definidos como el costo de los alimentos básicos, refugio y cualquier otro gasto de una pareja que el socio competente debido a la sociedad doméstica. (Nota: las parejas no necesita contribuir igualmente o conjuntamente con el costo de estos gastos mientras ellos estén de acuerdo en que ambos son responsables por los gasto).

Sección Dos

Entiendo que mi pareja es elegible para la inscripción en el momento de mi salario o durante todo el año, basado en los mismos criterios de elegibilidad usados para otros dependientes.

Entiendo que esta declaración deberá ser terminada por el fallecimiento de mi pareja o por un cambio de circunstancia testimoniada por esta declaración jurada.

Me comprometo a dar aviso por escrito a mi representante personal o de nómina si hay cualquier cambio de circunstancias testimoniada por esta declaración dentro de los 30 días del cambio mediante la presentación de una Declaración de Terminación de Pareja Domestica.

Sección tres

Entendemos que puede presentarse una acción civil contra nosotros por cualquier pérdida, incluyendo honorarios razonables de abogados y costas judiciales, debido a una falsificación intencional de la información contenida en esta declaración jurada de sociedad doméstica.

Entendemos que bajo la ley de impuesto a la renta aplicable federales y estatales, los pagos para cobertura de salud de una pareja pueden resultar en base imponible imputada adicional al empleado, con la posible retención de impuestos de nómina (incluyendo los ingresos y la seguridad social). Consulte con su departamento de recursos humanos para obtener información.

Entendemos que, además de los requisitos de elegibilidad de _____ cobertura de pareja de hecho
(Nombre de grupo de empleador),

hay términos y condiciones de cobertura establecidos en MediExcel Health Plan de acuerdo del suscriptor a los que están de acuerdo en estar obligado.

Reconocemos que, dependiendo del plan de cuidado de la salud que seleccionamos, el acuerdo vigente de grupo pueden incluir, por ejemplo y sin limitación, (1) reclama un requisito de que cada uno de nosotros arbitra cualquier y todo reclamo, incluyendo negligencia, contra el plan de atención médica que elegimos y sus organizaciones afines y proveedores; y (2) el derecho de la salud planea terminar la cobertura por los motivos enunciados en el acuerdo de grupo incluyendo, sin limitación, terminación de cobertura debido a fraude y tergiversación de elegibilidad. Mediante la ejecución de esta declaración jurada, estamos de acuerdo en estar obligado por los términos y condiciones de la cobertura del plan médico seleccionado adelante según lo establecido en el acuerdo de grupo aplicables, incluyendo la cláusula de arbitraje, si hay alguna.

Entendemos la falsificación intencional de la información contenida en esta declaración jurada puede resultar en la terminación de la inscripción por el plan de cuidado de la salud que seleccionamos para la cobertura.

También certificamos bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que lo expresado aquí es verdadero y correcto hasta el mejor entendimiento.

X
Firma del suscriptor _____ Fecha _____ Fecha de Nacimiento _____

X
Firma de la pareja domestica _____ Fecha _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

X
Firma del testigo _____ Fecha _____
B144 (Rev 8/14)