

**MediExcel Health Plan**  
**Declaración para Inscripción de Pareja Doméstica**

**Sección Uno**

Yo, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ somos pareja doméstica y:  
*(nombre completo del suscriptor)* *(nombre completo de la pareja doméstica)*

- cada uno tenemos dieciocho (18) años o más de edad;
- compartimos una relación personal y somos responsables por el bienestar de ambos;
- somos la única pareja doméstica de ambos;
- no estamos casados con nadie ni hemos tenido otra pareja doméstica en los últimos seis meses anteriores;
- no estamos relacionados por sangre la cual impida nuestro matrimonio en el estado de California;
- compartimos la misma residencia regular y permanente, con la intención actual de continuar de esa manera;
- somos conjuntamente responsables de "gastos esenciales," definidos como el costo de alimentos básicos, refugio y cualquier otro gasto de una pareja doméstica por la cual el socio califica. (NOTA: las parejas domésticas no necesitan contribuir igual o conjuntamente a los costos mientras que los dos estén de acuerdo en que ambos son responsables por los gastos esenciales.);

**Sección Dos**

Entiendo que mi pareja es elegible para inscribirse en el momento en el que comienzo mi empleo o durante todo el año, basado en los mismos criterios de elegibilidad 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 de personal o de nómina si hay cualquier cambio de circunstancia testimoniada por esta declaración, dentro de los 30 días del cambio, mediante la presentación de una Declaración de Terminación de Pareja Doméstica.

**Sección Tres**

Entendemos que puede presentarse una acción civil contra nosotros por cualquier pérdida, incluyendo honorarios razonables de abogados y costos judiciales, debido a una falsificación intencional de la información contenida en esta Declaración Jurada de Pareja Doméstica.

Entendemos que conforme la ley federal y estatal aplicable, los pagos para cobertura de salud de un compañero doméstico pueden generar un ingreso impositivo imputable adicional al empleado, con la posible retención de impuestos sobre la nómina (incluyendo los impuestos sobre ingresos y seguro social.) Consulte con su departamento de recursos humanos para obtener información.

Entendemos que además de los requisitos de elegibilidad de \_\_\_\_\_ para cobertura de  
*(Nombre del Empleador)*  
pareja doméstica, existen términos y condiciones de cobertura establecidos por MediExcel Health Plan, dentro del Acuerdo de Subscriber Grupal, a los cuales estamos de acuerdo en cumplir.

Reconocemos que, dependiendo del plan de salud que seleccionemos, el Acuerdo Grupal puede incluir, por ejemplo y sin limitación; (1) el requisito de que cada uno de nosotros arbitre cualquier y todo reclamo, incluyendo alguno contra el plan de salud que elegimos, o toda organización o proveedor afiliado, por negligencia profesional; y (2) el derecho del plan de salud de terminar la cobertura por motivos establecidos en el Acuerdo Grupal, incluyendo y sin limitación; debido a fraude o falsificación de información para ser elegible. Al ejecutar esta Declaración Jurada, aceptamos estar sujetos a los términos y condiciones de cobertura del plan de salud seleccionado, según lo establecido en el Acuerdo Grupal, incluyendo la cláusula de arbitraje, si corresponde.

Entendemos que la falsificación intencional de información contenida en esta Declaración Jurada puede resultar en nuestra terminación de inscripción en el plan de salud que seleccionamos para cobertura.

Certificamos bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de California, que todo lo que precede es verdadero y correcto según nuestro mejor entendimiento.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Subscriber*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de Nacimiento*

\_\_\_\_\_  
*Firma de la Pareja Doméstica*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de Nacimiento*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad*

\_\_\_\_\_  
*Estado*

\_\_\_\_\_  
*Código Postal*

\_\_\_\_\_  
*Firma de Testigo*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*