

MediExcel Health Plan

Affidavit for Enrollment of Domestic Partner

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 for which the partner qualified for 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 circumstances 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 filling 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 from 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 that 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.

Signature of Subscriber

Date

Date of Birth

Signature of Domestic Partner

Date

Date of Birth

Address

City

State

Zip Code

Signature of Witness

Date



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