

Formulario de inscripción

para la cobertura grupal; de salud o dental



BlueCross
BlueShield
of Kansas



Sección 1: Información del solicitante

Primer nombre _____ ISN _____ Número de Seguro Social _____ Número de teléfono de casa _____

Apellido _____ Sufijo _____ Número de teléfono celular _____ Número de teléfono de oficina _____

Sexo Masculino Femenino _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial) _____

Dirección residencial _____ Ciudad _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ +4 _____

Estado _____ Código postal _____ +4 _____ Condado _____ Dirección de correo electrónico _____

Sección 2: Información sobre la inscripción

Nombre del empleador _____ Número de grupo _____ Fecha de la contratación de tiempo completo _____

Trabajo activamente _____ horas por semana para este empleador.

Marque una opción:

Soy un empleado nuevo que me estoy inscribiendo en mi primera oportunidad.

Trabajé a tiempo parcial _____, ahora trabajo a tiempo completo. Fecha de la contratación a tiempo parcial

Soy un empleado recontratado.

Soy un empleado de horario variable*, elegible a partir del _____.

Mi fecha original de contratación fue el _____.

*Solo para grupos grandes. Consulte con el Administrador del plan.

Soy un empleado vigente que me estoy inscribiendo debido a:

Período de inscripción del empleador Nacimiento/adopción

Matrimonio Divorcio

Pérdida involuntaria de la cobertura (explique) _____

Otro (dar la razón) _____

Fecha oficial del evento _____

Si actualmente está inscrito en Blue Cross and Blue Shield of Kansas o en la cobertura de BlueCross BlueShield Kansas Solutions, proporcione su número de asegurado actual.

Número de asegurado _____

Si no conoce cuál es(son) el(los) plan(es) de beneficios que ofrece su compañía, consulte con su Administrador del plan.

Quiero cobertura para:	salud	dental	vista	Deseo participar en:
Solo empleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta flexible de gastos (FSA, en inglés) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Empleado y cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros de gastos médicos (HSA, en inglés) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Empleado e hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan médico con deducible alto (HDHP, en inglés) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Empleado y familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opción _____

Importante – Uso de tabaco (solo para pólizas de BlueCare): Responda las siguientes preguntas para usted y para cada dependiente (mayores de 21 años de edad: ¿Usted o alguno de sus dependientes ha usado productos de tabaco, incluyendo cigarrillos, cigarrillos eléctricos, pipa, pipa de agua, cigarros, tabaco sin humo, etc. en promedio 4 veces o más por semana durante los últimos 6 meses, sin incluir para uso religioso o ceremonial?

Si la respuesta es sí, ¿estaría de acuerdo en participar y completar nuestro programa para dejar de fumar? (continúe abajo)

Solicitante (Mismo que se indica en la Sección 1):

Uso de tabaco: Sí No

Programa para dejar de fumar: Sí No

Sección 2A: Información de los dependientes

Relación con el solicitante: Cónyuge

Fecha del matrimonio _____

Primer nombre _____

ISN _____

Sexo Masculino Femenino

Fecha de nacimiento _____

Apellido _____

Sufijo _____

Número de Seguro Social _____

Tipo de cobertura que estoy eligiendo: (marque todas las opciones correspondientes) Salud Dental

Uso de tabaco: Sí No

Programa para dejar de fumar: Sí No

Relación con el solicitante: Hijo Hijastro Tutor legal Custodia legal

Primer nombre _____

ISN _____

Sexo Masculino Femenino

Fecha de nacimiento _____

Apellido _____

Sufijo _____

Número de Seguro Social _____

Tipo de cobertura que estoy eligiendo: (marque todas las opciones correspondientes) Salud Dental

Uso de tabaco: Sí No

Programa para dejar de fumar: Sí No

Relación con el solicitante: Hijo Hijastro Tutor legal Custodia legal

Primer nombre _____

ISN _____

Sexo Masculino Femenino

Fecha de nacimiento _____

Apellido _____

Sufijo _____

Número de Seguro Social _____

Tipo de cobertura que estoy eligiendo: (marque todas las opciones correspondientes) Salud Dental

Uso de tabaco: Sí No

Programa para dejar de fumar: Sí No

Sección 3: Programa Medicare/responsabilidad de otra persona

¿Usted o alguno de sus dependientes mencionados tienen la Parte A o la Parte B del Programa Medicare? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione el nombre del pariente con cobertura:

Primer nombre _____

ISN _____

Apellido _____

Número del Programa Medicare _____

Parte A Fecha de entrada en vigor _____

Parte B Fecha de entrada en vigor _____

¿Alguna de las personas que está presentando la solicitud para esta cobertura tiene derecho a los beneficios para cualquier otro seguro médico grupal (sin incluir el Programa Medicare, SRS o Medicaid) para gastos quirúrgicos, médicos o dentales? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione el número de asegurado actual:

Número de asegurado actual _____

La cobertura es: Solo salud Solo dental Salud y dental

¿Tiene derecho al Programa Medicare debido a enfermedad renal permanente (ESRD)? Sí No

Sección 4: Autorización

Al firmar esta autorización, yo declaro que la información que proporcioné es verdadera según mi conocimiento y entiendo que Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS) o BlueCross BlueShield Kansas Solutions (Solutions), licenciatarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association, volverán a calificar, finalizarán o rescindirán el contrato si la información recibida en cualquier momento indica que la información que se provee en este proceso de inscripción tergiversa intencionalmente un hecho material o era fraudulenta.

A menos que usted esté inscribiéndose en un plan médico autorizado para el Mercado de Seguros Médicos en línea,

esta póliza no provee los beneficios básicos de servicios para la vista o servicios dentales pediátricos certificados en el Intercambio de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y no cumple con el requisito de “garantía razonable”.

Certificados disponibles en línea

Sí, quisiera ver mis certificados en línea.

Dirección de correo electrónico

No, favor enviarme una copia impresa.

Se requiere su firma

Solicitante

Fecha en que se firma

La versión oficial de este formulario es la versión en inglés. Las versiones de este formulario en cualquier idioma distinto del inglés se proporcionan únicamente con fines informativos.

The English language version of this form is the official version; a version of this form in any other language other than English, is furnished for informational purposes only.