

Formulario de inscripción

para cobertura grupal – médica y/o dental

Código del rep: _____



Sección 1 – Información del solicitante

Primer nombre _____

Inicial del
segundo
nombre

Apellido _____

Sufijo

Género Masculino Femenino

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

_____-_____-_____
Número de Seguro Social

(_____)_____-_____
Número de teléfono de residencia

(_____)_____-_____
Número de teléfono móvil

Dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia)

Dirección de residencia

Ciudad

Ciudad

_____-_____-_____
Estado Código postal +4

_____-_____-_____-_____
Estado Código postal +4 Condado

Dirección de correo electrónico

Sección 2 – Información de inscripción

Nombre del empleador

Número de grupo/Categoría
trabajo de tiempo completo

_____/_____/_____
Fecha de contratación para

Marque una opción:

Soy un empleado que se inscribe por primera vez.

Antes trabajaba medio tiempo ____/____/_____,
Fecha de contratación para trabajo de medio tiempo
y ahora trabajo tiempo completo.

Soy un empleado de horario variable*, elegible a partir de
____/____/____.

Mi fecha original de contratación fue ____/____/____.

* Solo para grupos grandes. Consulte al administrador del plan.

Soy un empleado que se está inscribiendo debido a:

Período de Inscripción Abierta del empleador

Nacimiento/Adopción

Matrimonio

Divorcio

Pérdida involuntaria de la cobertura (explique):

Otro (explique):

Si actualmente se encuentra inscrito en una cobertura de
Blue Cross and Blue Shield of Kansas, por favor proporcione
su número de identificación de asegurado.

Número de identificación del asegurado

_____/_____/_____
Fecha oficial del evento calificador

Esta no es la fecha de entrada en vigor. Puede ser necesario proporcionar
la información del evento para completar la inscripción. Será notificado si se
necesita dicha documentación.

Si no sabe cuál es el plan(es) de beneficios que su compañía ofrece, por favor consulte al administrador del plan.

Quiero inscribirme en un plan: Médica Dental Vista

Plan médico elegido _____

¿Tiene una cobertura dental por separado
con Blue Cross u otra aseguradora?

Sí No

Quiero inscribirme en:

Cuenta de gastos flexibles (FSA) Sí No

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) Sí No

Sección 2A – Información de los derechohabientes (use la Sección 5 para agregar a los derechohabientes adicionales, si es necesario)

Aviso: Complete todos los campos de la sección 2A para cada derechohabiente que desee agregar.

Relación con el solicitante: Cónyuge

____ / ____ / ____
Fecha de matrimonio

Primer nombre

Inicial del
segundo
nombre

Género Masculino Femenino

____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento

Apellido

Sufijo

____ - ____ - ____
Número de Seguro Social

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médica Dental Vista

Relación con el solicitante: Hijo(a) Hijastro(a) Tutor legal Custodia legal

Primer nombre

Inicial del
segundo
nombre

Género Masculino Femenino

____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento

Apellido

Sufijo

____ - ____ - ____
Número de Seguro Social

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médica Dental Vista

Relación con el solicitante: Hijo(a) Hijastro(a) Tutor legal Custodia legal

Primer nombre

Inicial del
segundo
nombre

Género Masculino Femenino

____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento

Apellido

Sufijo

____ - ____ - ____
Número de Seguro Social

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médica Dental Vista

Sección 3 – Otra cobertura médica

¿Hay alguien que esté solicitando esta cobertura y que esté inscrito en cualquier otro seguro médico? Sí No

____ / ____ / ____
Fecha de entrada en vigor de la
otra cobertura

¿Hay alguien que esté solicitando esta cobertura y que esté inscrito en cualquier otro seguro dental? Sí No

____ / ____ / ____
Fecha de vigencia de la otra cobertura

¿Usted o alguno de sus derechohabientes mencionados tiene la Parte A y/o la Parte B del Programa Medicare? Sí No

¿Tiene derecho a Medicare debido a ESRD (insuficiencia renal permanente)? Sí No

____ / ____ / ____
Fecha de entrada en vigor de la
Parte A de Medicare

____ / ____ / ____
Fecha de entrada en vigor de la
Parte B de Medicare

Nombre del miembro de la familia que tiene Medicare u otra cobertura:

Primer nombre

Inicial del
segundo
nombre

Apellido

Sufijo

Nombre de la aseguradora médica

Número de identificación

Nombre de la aseguradora dental

Número de identificación

Sección 4 – Autorización

Al firmar esta autorización, yo garantizo que toda la información que he proporcionado es verdadera según mi leal saber y entender y comprendo que Blue Cross and Blue Shield of Kansas, un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association, reevaluará o finalizará el contrato si dicha información recibida en cualquier momento, indica que la información proporcionada en este proceso de

inscripción constituye una declaración falsa y deliberada sobre cualquier hecho o fue fraudulenta.

Salvo que se esté inscribiendo en un Plan de salud calificado, esta póliza no proporciona beneficios esenciales dentales o para la vista pediátricos certificados de intercambio, conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y no satisface el requisito de "aseguramiento razonable".

Se requiere su firma

Solicitante (Firma del padre/madre/tutor si es diferente al solicitante)

____ / ____ / ____
Fecha de la firma

Sección 5 – Derechohabientes adicionales (Opcional)

Si necesita agregar a más derechohabientes de los que pudo incluir en la Sección 2A, utilice esta página.

Relación con el solicitante: Hijo(a) Hijastro(a) Tutor legal Custodia legal

Primer nombre _____ Género Masculino Femenino _____ / _____ / _____
Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento

Apellido _____ Sufijo _____ Número de Seguro Social

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médica Dental Vista

Relación con el solicitante: Hijo(a) Hijastro(a) Tutor legal Custodia legal

Primer nombre _____ Género Masculino Femenino _____ / _____ / _____
Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento

Apellido _____ Sufijo _____ Número de Seguro Social

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médica Dental Vista

Relación con el solicitante: Hijo(a) Hijastro(a) Tutor legal Custodia legal

Primer nombre _____ Género Masculino Femenino _____ / _____ / _____
Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento

Apellido _____ Sufijo _____ Número de Seguro Social

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médica Dental Vista

Relación con el solicitante: Hijo(a) Hijastro(a) Tutor legal Custodia legal

Primer nombre _____ Género Masculino Femenino _____ / _____ / _____
Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento

Apellido _____ Sufijo _____ Número de Seguro Social

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médica Dental Vista

Relación con el solicitante: Hijo(a) Hijastro(a) Tutor legal Custodia legal

Primer nombre _____ Género Masculino Femenino _____ / _____ / _____
Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento

Apellido _____ Sufijo _____ Número de Seguro Social

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médica Dental Vista

Relación con el solicitante: Hijo(a) Hijastro(a) Tutor legal Custodia legal

Primer nombre _____ Género Masculino Femenino _____ / _____ / _____
Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento

Apellido _____ Sufijo _____ Número de Seguro Social

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médica Dental Vista