

# Formulario de Inscripción

para la cobertura grupal – médica y/o dental



## Sección 1 – Información del solicitante

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de residencia

Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_  
Número de teléfono móvil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Género  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

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 \_\_\_\_\_ Fecha de contratación para trabajo de tiempo completo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Marque una opción:

- Soy un empleado que se inscribe por primera vez.
- Antes trabajaba medio tiempo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, y ahora trabajo tiempo completo.  
Fecha de contratación para trabajo de medio tiempo
- 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:  Médico  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 – Information 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):  Médico  Dental  Vista

¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra aseguradora?  Sí  No

Relación con el solicitante:  Hijo  Hijastro  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):  Médico  Dental  Vista

¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra aseguradora?  Sí  No

Relación con el solicitante:  Hijo  Hijastro  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):  Médico  Dental  Vista

¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra aseguradora?  Sí  No

## Sección 3 – Otra cobertura médica

¿Hay alguien que esté solicitando esta cobertura y que esté inscrito en cualquier otro seguro médico/dental (excepto Medicare, Medicaid o SRS)?  Sí  No

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

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

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

Primer nombre

Inicial del  
segundo  
nombre

Apellido

Sufijo

Número de identificación del Programa Medicare

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Parte A Fecha de vigencia

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Parte B Fecha de vigencia

## Sección 4 – Autorización

Al firmar esta autorización, yo garantizo que toda la información que he proporcionado es verdadera según mi conocimiento y entiendo 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/tutor si es diferente al solicitante)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha en que se firmó

## Sección 5 – Derechohabientes adicionales (Opcional)

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

Relación con el solicitante:  Hijo  Hijastro  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):  Médico  Dental  Vista  
¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra aseguradora?  Sí  No

Relación con el solicitante:  Hijo  Hijastro  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):  Médico  Dental  Vista  
¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra aseguradora?  Sí  No

Relación con el solicitante:  Hijo  Hijastro  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):  Médico  Dental  Vista  
¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra aseguradora?  Sí  No

Relación con el solicitante:  Hijo  Hijastro  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):  Médico  Dental  Vista  
¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra aseguradora?  Sí  No

Relación con el solicitante:  Hijo  Hijastro  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):  Médico  Dental  Vista  
¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra aseguradora?  Sí  No

Relación con el solicitante:  Hijo  Hijastro  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):  Médico  Dental  Vista  
¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra aseguradora?  Sí  No