

Formulario de inscripción en los Planes grupales Secure 300 Cancer Plan y Secure Hospital Indemnity Plan



para cobertura grupal

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO es un seguro de salud.

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto limitado en dólares si se enferma o es hospitalizado. Usted todavía es responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en el tamaño de su factura médica.
- Podría haber un límite en la cantidad que esta póliza pagará cada año.
- Esta póliza no es un sustituto de un seguro médico integral.
- Debido a que esta póliza no es un seguro médico, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales para consumidores que aplican a los seguros médicos.

¿Está buscando un seguro médico integral?

- Visite **HealthCare.gov** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Comuníquese con el empleador para averiguar si puede obtener un seguro médico a través de su trabajo o del trabajo de un miembro de su familia.

¿Tiene preguntas acerca de esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con su Departamento de Seguros estatal. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (naic.org) debajo de "Departamentos de Seguros".
- Comuníquese con el empleador si tiene esta póliza a través de su trabajo o del trabajo de un miembro de su familia.

Sección 1 – Información del solicitante

Primer nombre _____	<small>Inicial del segundo nombre</small>	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____
Apellido _____	<small>Sufijo</small>	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección de residencia _____		(_____) _____ - _____	(_____) _____ - _____
Ciudad _____		Número de teléfono de casa	Número de teléfono celular
Estado _____ Código postal _____ +4 _____ Condado _____		Dirección de correo electrónico _____	
Dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia) _____			
Ciudad _____			
Estado _____ Código postal _____ +4 _____			

Continúe en la página siguiente.

Sección 2 – Elección de ofertas

Nombre del empleador _____

Número de grupo _____

_____/_____/_____
Fecha de contratación para trabajo
de tiempo completo

Solicitud para: Grupales Secure 300

Grupales Secure HIP Ambos

_____/_____/_____
Fecha de entrada en vigor

Sección 3 – Información de los derechohabientes – Complete todos los campos a continuación para cada derechohabiente agregado.

Relación con el solicitante: Cónyuge 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

Relación con el solicitante: Cónyuge 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

Relación con el solicitante: Cónyuge 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

Sección 4 – Autorización

Información importante para presentar su solicitud:

- Cualquier contrato que se le haya extendido como resultado de esta solicitud se emitirá basándose en la información que proporcione en este formulario. Si intencionalmente o no, no proporciona información completa, precisa y correcta, el contrato se rescindirá y se le reembolsarán todas las primas, menos los montos pagados por los beneficios bajo el contrato.
- Ningún representante de Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS) o ninguna otra entidad tiene la autoridad de renunciar a ninguna de la información requerida en este formulario para vincular a BCBSKS para que brinde cobertura a los solicitantes o renunciar, alterar o modificar cualquier disposición de algún contrato que se le puede haber emitido.

- Comprendo que, la cobertura está sujeta a que el estado de salud de todos los solicitantes en esta solicitud permanezca sin cambios a la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Si ocurre algún cambio en el estado de salud antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, comprendo que, debo notificar al Departamento de Suscripciones de BCBSKS, llamando al 1-800-432-0216.

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 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.

Se requiere su firma

Firma del solicitante

_____/_____/_____
Fecha de la firma

Nombre escrito en letra de molde