

Formulario de Inscripción

Para cobertura de grupo - salud y/o dental solamente



www.bcbsks.com

INSTRUCCIONES: Por favor escriba en letra de IMPRENTA MAYÚSCULA utilizando **tinta negra** solamente.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido (Senior, Junior, etc.) Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre MM DD AAAA

Dirección _____ Número de Seguro Social _____
Calle

_____ Género Masculino Femenino ¿Casado? Sí No
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono Particular _____ Teléfono del Trabajo _____ Fecha de Matrimonio _____
Código de Área Código de Área MM DD AAAA

Empleado por: _____ Número de Grupo _____

Trabajando activamente _____ horas semanales para este empleador Fecha de Contratación: _____
MM DD AAAA

Razón para el cambio de empleo: tiempo parcial a tiempo completo temporario a permanente
 reconstrucción/reincorporación otro (especificar)

Fecha en que ocurrió esto _____
MM DD AAAA

Si usted está inscripto actualmente en Blue Cross and Blue Shield de la cobertura de Kansas, usted es elegible para recibir crédito para períodos de espera preexistentes. Por favor proporcione número de identificación actual _____

Marque uno:

- Yo soy un empleado nuevo inscribiéndome en mi primer oportunidad.
- Yo soy un empleado actual inscribiéndome durante el período de inscripción abierta anual de mi empleador.
- Yo soy un empleado actual inscribiéndome debido a un evento calificante como por ejemplo Nacimiento/Adopción, Matrimonio, Divorcio o Pérdida Involuntaria de Cobertura.

Razón: _____ Fecha del evento: _____
MM DD AAAA

Yo quiero cobertura para: **Salud** **Dental**
 Solamente para empleado
 Empleado y cónyuge
 Empleado e hijo(s)
 Empleado y familia

Participando en: **Cuenta de Gastos Flexibles (FSA, por sus siglas en inglés)** Sí No
Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA, por sus siglas en inglés) Sí No
Si se ofrece más de una opción de salud por grupo: (marque una)
Empleado e hijo(s) Triple Opción Opción 1 Opción 2 Opción 3
Empleado y Plan Familiar de Salud con Deducible Alto (HDHP, por sus siglas en inglés) Sí No

Los miembros de mi familia que deben ser inscriptos, incluyéndome a mí y a mi cónyuge, se encuentran listados más abajo: (Liste el apellido sí fuera diferente).

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Relación con el Empleado	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Género	Estudiante de Tiempo Completo
Solicitante			<i>Por favor utilice la clave para la relación: 1 – Cónyuge 2 – Hijo/a 3 – Hijastro/a 4 – Otro (especificar)</i>				
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Usted o alguno de sus dependientes listados tienen Medicare Parte A y/o B? Sí No

Nombre del miembro de la familia con cobertura: _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Número de Medicare _____ Fecha de Vigencia Parte A _____ Fecha de Vigencia Parte B _____

¿Tiene usted derecho a Medicare debido a una Falla Renal Permanente (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No

Cualquiera de las personas que está solicitando cobertura ¿tiene derecho a los beneficios de otro grupo asegurador (excluyendo Medicare, SRS, Medicaid) para gastos quirúrgicos, médicos o dentales? Sí No
 Por favor proporcione número de identificación actual _____

La cobertura es: Salud solamente Dental solamente Salud y Dental

Sección 1

Sección 2

Se requiere su firma

Fecha _____