

# Formulario de cambio

para la cobertura grupal



BlueCross  
BlueShield  
of Kansas



bcbsks.com

## Sección 1 – Información del asegurado (es obligatorio completar esta sección)

Marque esta casilla si la información del asegurado cambió.

|   |                     |   |                            |
|---|---------------------|---|----------------------------|
| Primer nombre _____   | Inicial _____       | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | _____/_____/_____          |
| Apellido _____  | Sufijo _____        | Número de Seguro Social _____   | Fecha de nacimiento _____  |
| Dirección de residencia _____   |                     | (_____) _____ - _____   | (_____) _____ - _____      |
| Ciudad _____  |                     | Número de teléfono de residencia  | Número de teléfono celular |
| Estado _____  | Código postal _____ | +4 _____  | Condado _____              |
| Dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia) _____ |                     | Número de teléfono del trabajo  | Número de fax              |
| Ciudad _____  |                     | Número de grupo/Categoría _____   |                            |
| Estado _____  | Código postal _____ | +4 _____  | Condado _____              |
|   |                     | Número de identificación del asegurado _____                                |                            |

## Sección 2 – Cómo agregar miembros de la familia a la cobertura

Quiero inscribirme en:

- |                    |                                 |                                 |
|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Solo empleado      | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Dental |
| Empleado e hijo(s) | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Dental |
| Empleado y cónyuge | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Dental |
| Empleado y familia | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Dental |

Razón del cambio:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inscripción abierta                              | <input type="checkbox"/> Nacimiento/adopción |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio                                       | <input type="checkbox"/> Divorcio            |
| <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria de la cobertura (explicue): |  |

Otro (explique):

Fecha oficial del acontecimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Puede ser necesario proporcionar la información del acontecimiento para completar la inscripción. Será notificado si se necesita dicha documentación.

Relación con el asegurado:  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Tutor legal  Custodia legal

|                     |               |   |                              |
|---------------------|---------------|---|------------------------------|
| Primer nombre _____ | Inicial _____ | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | _____/_____/_____            |
| Apellido _____      | Sufijo _____  | Número de Seguro Social _____   | _____/_____/_____            |
|                     |               |   | Fecha de matrimonio/adopción |

Relación con el asegurado:  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Tutor legal  Custodia legal

|                     |               |   |                              |
|---------------------|---------------|---|------------------------------|
| Primer nombre _____ | Inicial _____ | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | _____/_____/_____            |
| Apellido _____      | Sufijo _____  | Número de Seguro Social _____   | _____/_____/_____            |
|                     |               |   | Fecha de matrimonio/adopción |

Relación con el asegurado:  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Tutor legal  Custodia legal

|                     |               |   |                              |
|---------------------|---------------|---|------------------------------|
| Primer nombre _____ | Inicial _____ | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | _____/_____/_____            |
| Apellido _____      | Sufijo _____  | Número de Seguro Social _____   | _____/_____/_____            |
|                     |               |   | Fecha de matrimonio/adopción |

## Sección 2 – Cómo agregar miembros de la familia a la cobertura (continuación)

Relación con el asegurado:  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Tutor legal  Custodia legal

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Género  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de matrimonio/adopción \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Número de identificación del Programa Medicare \_\_\_\_\_

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

## Sección 3 – Cómo eliminar miembros de la familia a la cobertura

Marque una opción:

Cambio solo al empleado  Cambio al empleado y al cónyuge  Cambio al empleado y a los hijos

Conservar a la familia y finalizar la cobertura para: \_\_\_\_\_

Razón del cambio:

Divorcio  Hijo que está alcanzando el límite de edad  Muerte  Otro (explique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha oficial del acontecimiento

Relación con el asegurado:  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Tutor legal  Custodia legal

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Género  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado:  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Tutor legal  Custodia legal

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Género  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

## Sección 4 – Otros cambios y comentarios

Yo garantizo que todas las declaraciones proporcionadas en este documento son completas y verdaderas según mi conocimiento. Entiendo que si no cumplo con proporcionar cualquier información material o si deliberadamente hago una declaración falsa sobre cualquier hecho, tal omisión o declaración falsa intencional podría resultar en la reclasificación, cancelación o rescisión de mi cobertura del seguro médico y/o una persecución criminal.

**Para procesar los cambios anteriores, firme y coloque la fecha:**

**Se requiere su firma**

\_\_\_\_\_  
Asegurado

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

\_\_\_\_\_  
Representante del administrador del plan, representante del patrocinador del plan o agente de la compañía

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

*This information is being furnished in compliance with applicable federal regulations.*

**This Notice has important information. This notice has important information about your application or coverage through Blue Cross and Blue Shield of Kansas. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Please call 1-800-432-3990.**

**Discrimination is against the law.**

Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. BCBSKS does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Cross and Blue Shield of Kansas:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Holly Graves.

If you believe that BCBSKS has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Holly Graves, Director, Individual Sales and Customer Service, 1133 S.W. Topeka Blvd., Topeka, KS 66629-0001, 1-800-432-3990, TTY: 1-800-766-3777, Fax: 785-290-0711, CSC@bcbsks.com.

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Holly Graves is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

Para obtener asistencia en español, llame al servicio de atención al cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación.

請撥打您 ID 卡上的客服號碼以尋求中文協助。

Gọi số dịch vụ khách hàng trên thẻ ID của quý vị để được hỗ trợ bằng Tiếng Việt.

한국어로 도움을 받고 싶으시면 ID 카드에 있는 고객 서비스 전화번호로 문의해 주십시오.

Para sa tulong sa Tagalog, tumawag sa numero ng serbisyo sa customer na nasa inyong ID card.

Обратитесь по номеру телефона обслуживания клиентов, указанному на Вашей идентификационной карточке, для помощи на русском языке.

اتصل برقم خدمة العملاء الموجود على بطاقة هويتك للحصول على المساعدة باللغة العربية.

Rele nimewo sèvis kliyantèl ki nan kat ID ou pou jwenn èd nan Kreyòl Ayisyen.

Pour une assistance en français du Canada, composez le numéro de téléphone du service à la clientèle figurant sur votre carte d'identification.

Ligue para o número de telefone de atendimento ao cliente exibido no seu cartão de identificação para obter ajuda em português.

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer podany na identyfikatorze.

日本語でのサポートは、ID カードに記載のカスタマーサービス番号までお電話でお問い合わせください。

Per assistenza in italiano chiamate il numero del servizio clienti riportato nella vostra scheda identificativa.

Rufen Sie den Kundendienst unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an, um Hilfestellung in deutscher Sprache zu erhalten.

برای دریافت راهنمایی به زبان فارسی ، با شماره خدمات مشتری که بر روی کارت شناسایی شما درج شده است تماس بگیرید..