

Formulario de Inscripción

para la cobertura grupal – médica y/o dental



BlueCross
BlueShield
of Kansas



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 celular _____ (____) ____ - ____
Número de teléfono del trabajo _____

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 _____
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 nuevo 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 recontratado.

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.

Trabajo actualmente _____ horas semanales para este empleador.

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): _____

Fecha oficial del acontecimiento _____ / _____ / _____

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

Si actualmente se encuentra inscrito en un plan de Blue Cross and Blue Shield of Kansas o BlueCross BlueShield Kansas Solutions, por favor proporcione su número de identificación de asegurado.

Número de identificación del asegurado _____

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

Tipo de cobertura que necesito:	Médica	Dental	Vista	Quiero inscribirme en:		
Solo el empleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta flexible de gastos (FSA)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Empleado y cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Empleado e hijo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de gastos médicos con deducible alto (HDHP)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Empleado y familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opción _____		

Importante - Uso de tabaco (solo para las pólizas de BlueCare): Responda las siguientes preguntas relacionadas con usted y cada dependiente (mayor de 21 años de edad) – ¿Ha usado algún producto de tabaco, incluyendo cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco para pipas, narguile, puros, tabaco sin humo, etc., 4 o más veces a la semana en promedio durante los últimos 6 meses, con excepción de los usos religiosos o ceremoniales?

Si la respuesta es sí, ¿acepta participar y completar nuestro programa para dejar de fumar? (continúa abajo)

Solicitante (según se indica en la Sección 1):

Uso de tabaco: Sí No

Programa para dejar de fumar: Sí No

Sección 2A – Información de los dependientes

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 que elijo: (marque todas las opciones que apliquen)

Médica Dental

Uso de tabaco: Sí No

Programa para dejar de fumar: 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 que elijo: (marque todas las opciones que apliquen)

Médica Dental

Uso de tabaco: Sí No

Programa para dejar de fumar: 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 que elijo: (marque todas las opciones que apliquen)

Médica Dental

Uso de tabaco: Sí No

Programa para dejar de fumar: 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 dependientes mencionados tienen 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 (BCBSKS) o BlueCross BlueShield Kansas Solutions (Solutions), licenciatarias independientes de Blue Cross Blue Shield Association, reevaluará finalizará o anulará 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".

Certificados disponibles en línea

Sí, me gustaría ver mis certificados en línea.

Dirección de correo electrónico

No, por favor envíeme una copia impresa.

Se requiere su firma

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

_____/_____/_____
Fecha en que se firmó

La versión oficial de este formulario es la versión en inglés. Las versiones de este formulario en cualquier idioma distinto del inglés se proporcionan únicamente con fines informativos.

The English language version of this form is the official version; a version of this form in any other language other than English, is furnished for informational purposes only.

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..