

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 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 _____
Estado _____ Código postal _____ +4 _____
Dirección de correo electrónico _____

Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____ +4 _____ Condado _____

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 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, 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 (Por favor utilice una hoja extra para agregar a los dependientes adicionales)

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), licenciataria 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

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.