

Formulario de inscripción para el Plan Group Secure 300 contra el Cáncer y para el Plan Group Secure de Indemnización Hospitalaria

Para cobertura grupal



Esta es una póliza de indemnización fija que paga una cantidad establecida hasta ciertos límites, independientemente del importe de las facturas médicas. Esta póliza no sustituye un seguro médico integral.

Sección 1 – Información del solicitante

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

Sección 2 – Alternativas de elección

_____ Nombre del empleador	Solicita:	_____/_____/_____ Fecha de entrada en vigor solicitada
_____ Número de grupo	<input type="checkbox"/> Group Secure 300 contra el Cáncer	
_____/_____/_____ Fecha de contratación para trabajo de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Group Secure de Indemnización Hospitalaria	
	<input type="checkbox"/> Ambos	

Continúe en la página siguiente.

Sección 3 – Información de los dependientes – Complete todos los campos a continuación para cada dependiente que se agregue al plan.

Relación con el solicitante: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ 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 ☐ Hijastro ☐ 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 ☐ Hijastro ☐ 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 sobre su solicitud:

- Cualquier contrato que se le emita como resultado de esta solicitud se hará a partir de la información que usted proporcione en este formulario. Si intencionalmente no proporciona información completa, precisa y correcta Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS) puede rescindir el contrato y reembolsarle el valor de todas las primas, menos los montos pagados por los beneficios en virtud del contrato.
- Ningún representante de Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS), ni de ninguna otra entidad tiene la autoridad para eximir la información requerida en este formulario para obligar a BCBSKS a otorgar cobertura a los solicitantes, ni para eximir, alterar o modificar ninguna disposición de cualquier contrato que se le pueda emitir.

- Entiendo que la cobertura está sujeta a que la salud de todos los solicitantes en esta solicitud permanezca sin cambios hasta la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Si se produce algún cambio en la salud antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, entiendo que debo notificarlo al departamento de suscripción de BCBSKS al 1-800-432-0216.

Al firmar esta autorización, expreso que la información que he declarado es verdadera a mi leal saber y entender, y comprendo que BCBSKS puede volver a calificar o terminar el contrato si dicha información recibida en cualquier momento indica que la información proporcionada en este proceso de inscripción es incorrecta.

Se requiere su firma

Firma del solicitante

____/____/____
Fecha de la firma

Nombre escrito en letra de molde