



Kansas City

Licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

Formulario de solicitud y cambio del empleado

BlueKC.com • One Pershing Square, 2301 Main, P.O. Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169 • 816-395-2222

GRUPOS CON 2 A 50 EMPLEADOS

Complete todas las casillas de forma LEGIBLE (en letra de imprenta) CON LAPICERO DE TINTA AZUL O NEGRA y firme.

Preferred-Care Blue PPO | BlueSelect Plus PPO

Si la solicitud se utilizará como formulario de cambio, especifique el evento a continuación. FECHA DEL EVENTO: _____

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA PROPUESTA: _____

- Nacimiento Cambio de domicilio Divorcio Matrimonio Fallecimiento Adopción/colocación Máximo del beneficio de por vida alcanzado
 Cambio de beneficiario Pérdida de la cobertura esencial mínima (excepto por la finalización debido a la falta de pago de la prima o la finalización por causa justificada) Otro (llame a Servicios para Miembros al 888-989-8842)

I Datos del empleado únicamente

1. APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEG. NOMBRE (I.S.N.)		2. DOMICILIO	
3. CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		4. N.º DE TELÉFONO DEL HOGAR N.º DE TELÉFONO DEL TRABAJO	
5. SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		6. N.º DE SEGURO SOCIAL				7. FECHA DE NACIMIENTO	
8. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA				9. FECHA DE CONTRATACIÓN		10. HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	
11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO <i>Blue KC puede usar esta dirección de correo electrónico para proporcionar documentos, materiales y otros avisos relacionados con esta cobertura.</i>							

II Información sobre la familia: del empleado y sus dependientes que serán inscritos o cambiados (adjunte una hoja si es necesario)

(MARQUE LA CASILLA APROPIADA)	N.º DE SEGURO SOCIAL	APELLIDO	NOMBRE	I.S.N.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	SELECCIÓN DE LA COBERTURA
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	EMPLEADO				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oftalmológica
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	CÓNYUGE				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oftalmológica
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	NINO(A)				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oftalmológica
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	NINO(A)				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oftalmológica
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	NINO(A)				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Oftalmológica

III Selección de renuncia a la cobertura

12. Rechazo la cobertura para:	Debido a:
Médica <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos dependientes	<input type="checkbox"/> Existencia de otra cobertura médica grupal <input type="checkbox"/> Medicare o Medicaid
Dental <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos dependientes	<input type="checkbox"/> Existencia de otra cobertura de salud individual
Oftalmológica <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos dependientes	<input type="checkbox"/> Otro motivo (proporcionar explicación)
Si está renunciando a la cobertura médica para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura grupal, usted o sus dependientes podrán inscribirse en el futuro en este plan, siempre que solicite la inscripción en un plazo de 31 días después de que finalice su otra cobertura grupal. Además, podrá inscribirse usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción en un plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si renuncia a la cobertura para usted o sus dependientes mientras cuenta con cobertura de Medicaid o cobertura en virtud de un Programa estatal de seguros de salud para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa cobertura, siempre que solicite la inscripción en un plazo de 60 días después de que dicha cobertura finalice. Si renuncia a la cobertura médica o dental por cualquier otro motivo o si no completa este formulario, puede quedar limitado a inscribirse solo durante el período anual de inscripción. Si usted o sus dependientes son elegibles para un subsidio de asistencia en la prima estatal de Medicaid o CHIP con respecto a este plan, usted y sus dependientes podrán ser elegibles para inscribirse en este plan, siempre que solicite la inscripción en un plazo de 60 días después de que se determine dicha elegibilidad. Si usted rechaza la cobertura de USable Life y elige inscribirse para recibir cobertura en una fecha posterior, se le puede solicitar que presente, por su cuenta, la prueba de asegurabilidad a USable Life. Si desea solicitar una inscripción especial para cobertura médica o dental, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (816) 395-2950.	

IV Selección de cobertura médica

13. Tipo de cobertura médica (seleccione solo una opción):

- Solicitante Solicitante + su cónyuge Solicitante + su(s) hijo(s) Solicitante + su familia

14. Elija la siguiente cobertura (seleccione solo un producto disponible. La disponibilidad del producto se limita a las selecciones de su empleador. Solo se aplica a los residentes de Misuri: si se ofrece un producto de una Organización de Proveedores Exclusivos (Exclusive Provider Organization, EPO), su empleador también debe ofrecer un producto que no sea EPO. Los beneficios de un producto de EPO se limitan a los servicios proporcionados por proveedores preferidos, excepto los servicios de cuidado de emergencia y ciertas visitas al consultorio por salud mental. Los servicios prestados por proveedores no preferidos no están cubiertos, a menos que se haya indicado específicamente en el certificado del producto. Los servicios cubiertos para determinadas visitas al consultorio por salud mental incluyen 2 visitas al consultorio por año calendario para diagnósticos o evaluaciones de salud mental con un proveedor no preferido que preste servicios dentro del alcance de su licencia.

PREFERRED-CARE BLUE

<p>Primer (PPO)</p> <input type="checkbox"/> Oro 1,850 <input type="checkbox"/> Plata 5,000 <input type="checkbox"/> Bronce 6,850	<p>Clásico (PPO)</p> <input type="checkbox"/> Oro 1,250 <input type="checkbox"/> Plata 5,000	<p>Saver* (PPO)</p> <input type="checkbox"/> Oro 2,000 <input type="checkbox"/> Plata 3,500 <input type="checkbox"/> Bronce 6,000	<p>Tradicional (PPO)</p> <input type="checkbox"/> Plata 3,500	<p>Valor (PPO)</p> <input type="checkbox"/> Bronce 7,750
---	---	---	---	--

BLUESELECT PLUS

<p>Tradicional (PPO)</p> <input type="checkbox"/> Plata 3,500	<p>Saver* (PPO)</p> <input type="checkbox"/> Plata 3,500 <input type="checkbox"/> Bronce 6,000	<p>Spira Care (EPO)</p> <input type="checkbox"/> Oro 3,500 <input type="checkbox"/> Plata 5,000 Primer Plata 5,000 <input type="checkbox"/> Bronce 8,000 <input type="checkbox"/> HSA Bronce 5,750	<p>Valor (PPO)</p> <input type="checkbox"/> Bronce 7,750
---	---	--	--

V Selección de cobertura complementaria

1. Tipo de cobertura dental u oftalmológica. Si lo desea, seleccione solo un tipo de cobertura. Los productos se limitan a las selecciones de su empleador. Si su empleador ha elegido ofrecer planes con posibilidad de ampliar la cobertura (Buy-up), seleccione el plan base o el plan Buy-up para el producto ofrecido. Si no se realiza ninguna selección, el plan base será el plan predeterminado elegido. Seleccionar una opción con posibilidad de ampliación de cobertura puede aumentar su prima.

Dental:	<input type="checkbox"/> Solicitante	<input type="checkbox"/> Solicitante + su cónyuge	<input type="checkbox"/> Solicitante + su(s) hijo(s)	<input type="checkbox"/> Solicitante + su familia	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Buy-up
Oftalmológica:	<input type="checkbox"/> Solicitante	<input type="checkbox"/> Solicitante + su cónyuge	<input type="checkbox"/> Solicitante + su(s) hijo(s)	<input type="checkbox"/> Solicitante + su familia	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Buy-up

2. Información sobre la cobertura del seguro de vida. La cobertura del seguro de vida está disponible solo para empleados que trabajan un promedio de 25 horas a la semana o más. Si desea la cobertura de seguro de vida, seleccione "Sí". La disponibilidad del producto se limita a las selecciones de su empleador. El empleador puede o no proporcionar todos los montos de contribución de la prima para la cobertura de seguro de vida. Si usted rechaza la cobertura de USable Life y elige inscribirse para recibir cobertura en una fecha posterior, se le puede solicitar que presente, por su cuenta, la prueba de asegurabilidad a USable Life.

- Sí (Comprendo que seleccionar esta opción puede requerir que yo realice contribuciones de prima para la cobertura del seguro de vida).
 ¿Su ingreso anual de empleado es de \$30.000 o más? Sí No (Puede afectar la elegibilidad para los montos de distribución máximos conforme a ciertos productos Life elegidos por su empleador).
 No. (Elijo renunciar a toda la cobertura del seguro de vida y no deseo hacer contribuciones de primas para la cobertura del seguro de vida si el empleador no proporciona el monto total de la contribución de primas).

VI

Otra compañía de seguros médicos (para la coordinación de beneficios)

17. El día en que comience la cobertura, ¿usted o alguno de sus dependientes que solicitan esta cobertura estarán cubiertos por otro seguro de salud, dental o Medicare, incluida la continuación de la cobertura?

SÍ NO Si la respuesta es "Sí", responda todas las preguntas que siguen. Adjunte una hoja si habrá más de una póliza adicional vigente.

TIPO DE COBERTURA <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Seguro dental	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (CÓDIGO DE ÁREA) N.º DE TELÉFONO
--	---

NOMBRE DEL MIEMBRO	NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL MIEMBRO	N.º DE PÓLIZA
--------------------	----------------------------------	---------------

FAMILIARES CUBIERTOS

1.	2.	3.
----	----	----

18. ¿Alguno de sus hijos dependientes está sujeto a una sentencia de divorcio u orden judicial? SÍ NO
Si la respuesta es "Sí", ¿de quién es la cobertura principal? Usted El otro padre/madre

19. Si usted o su(s) dependiente(s) tienen Medicare, incluya una copia de su tarjeta(s) de Medicare en esta solicitud.
¿Usted o su(s) dependiente(s) tienen Medicare? SÍ NO Si la respuesta es "Sí", ¿está trabajando activamente? SÍ NO
¿Está jubilado? SÍ NO Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de jubilación:

20. ¿Usted o alguno de sus dependientes están cubiertos por la continuación de cobertura de COBRA o estatal? SÍ NO
Si la respuesta es "Sí", proporcione la fecha de entrada en vigencia y la fecha de finalización futura de la cobertura.
Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha de finalización futura: _____

VII

Información sobre el empleado y su familia: del empleado y sus dependientes que serán inscritos o cambiados (adjunte una hoja si es necesario)

Marque la casilla correspondiente para responder las siguientes preguntas. Si la casilla "Sí" está marcada, explique en detalle y por completo.

21. En los últimos 6 meses, ¿usted o alguno de sus dependientes ha consumido productos con tabaco, incluidos cigarrillos, cigarros, pipas o tabaco para mascar, en promedio, 4 o más veces por semana, sin incluir el uso en actividades religiosas o ceremoniales? SÍ NO
Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre de las personas _____

22. ¿Hay algún dependiente discapacitado? SÍ (proporcione detalles en una página separada) NO

Solicito recibir cobertura en virtud del(los) Contrato(s) grupal(es) (el "Contrato") emitido(s) por Blue Cross and Blue Shield of Kansas City ("Blue KC") y cobertura en virtud de la Póliza de vida grupal (la "Póliza") emitida por USABLE Life con sus eventuales modificaciones. Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos el monto de cualquier contribución obligatoria. Comprendo que la cobertura en virtud del Contrato y la cobertura en virtud de la Póliza emitida por USABLE Life estarán disponibles sujetas a las exclusiones, las limitaciones y los beneficios descritos en, según corresponda, el Contrato y la Póliza emitidos por USABLE Life y el certificado de USABLE Life. Declaro que las afirmaciones y respuestas plasmadas en esta solicitud son verdaderas, están completas y han sido registradas de manera correcta. Comprendo que las declaraciones y respuestas que proporcioné en esta solicitud serán la base de cualquier cobertura emitida, y la cobertura está condicionada a su veracidad. USABLE Life no está afiliado a Blue Cross and Blue Shield of Kansas City, no ofrece productos ni servicios de Blue Cross ni Blue Shield, y es el único responsable de la cobertura de seguro de vida y por discapacidad.

Comprendo que, si en algún momento Blue KC o USABLE Life determinan que una persona mencionada en esta solicitud no cumplió con la definición de "dependiente" del Contrato o de la Póliza, Blue KC o USABLE Life tienen derecho a finalizar o rescindir la cobertura para esa persona o para todas las personas no elegibles en virtud de la solicitud, y tienen derecho a recuperar cualquier pago de beneficios realizado para dicha persona o personas no elegibles. Además, comprendo que si tergiversé intencional o fraudulentamente un hecho material en la solicitud, hice una tergiversación importante de un hecho material sobre cualquier persona incluida en el presente documento, o cometí fraude en el proceso para obtener la cobertura descrita en esta solicitud, Blue KC o USABLE Life tienen derecho a finalizar o rescindir la cobertura para esa persona o para todas las personas en virtud de la solicitud; sin embargo, ninguna declaración anulará mi cobertura, a menos que mis declaraciones sean sustanciales para el riesgo asumido y estén contenidas en mi solicitud escrita. Después de que mi cobertura haya estado vigente durante dos (2) años a partir de la fecha de entrada en vigencia, ninguna declaración, excepto las declaraciones fraudulentas, anulará mi cobertura médica, de vida o dental, ni reducirá mis beneficios. Comprendo que Blue KC y USABLE Life conservarán mis registros médicos bajo estricta confidencialidad de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables.

Usted acepta que, al marcar "Sí", otorga su consentimiento y solicita que Blue Cross and Blue Shield of Kansas City, nuestras afiliadas y aquellos que actúen en nuestro nombre o en su nombre puedan llamarlo o enviarle un mensaje de texto a través de un sistema telefónico automatizado o un mensaje pregrabado. Los tipos de llamadas o mensajes de texto que puede recibir incluyen anuncios o mensajes de telemarketing relacionados con nuestros beneficios y servicios o los de nuestras filiales. Comprendo que el consentimiento no es una condición de compra. SÍ NO

The translation is for informational purpose only; and the English version will be controlling unless the language in the other language version is shown to be a fraudulent misrepresentation.

La traducción se presenta solo con fines informativos; y la versión en inglés prevalecerá, a menos que se demuestre que el texto de la versión en otro idioma es una tergiversación fraudulenta.

FIRMA DEL EMPLEADO: _____

NOMBRE, EN LETRA DE IMPRENTA: _____

FECHA: _____

Avisos

AVISO SOBRE LA LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER:

Junto con los beneficios detallados en su Certificado de cobertura y el Programa de beneficios, sus beneficios incluyen cobertura para (1) reconstrucción de mama relacionada con una mastectomía, incluida la reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico; (2) prótesis; y (3) tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de una mastectomía, incluidos los edemas linfáticos. Esta cobertura está sujeta a copagos, coseguros y deducibles de acuerdo con otros beneficios en virtud de su plan. Esta notificación se proporciona de acuerdo con la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, la cual es una ley federal.

AVISO SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD PARA MADRES Y RECIÉN NACIDOS:

En virtud de los términos de La Ley de Protección de la Salud para Madres y Recién Nacidos de 1996, el plan de salud para madres, por lo general, no puede limitar los servicios cubiertos de cualquier duración de hospitalización en relación con el nacimiento para la madre o el recién nacido a menos de cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal (no incluye el día del parto), o menos de noventa y seis (96) horas después de una cesárea (no incluye el día de la cirugía). Ninguna parte de este párrafo prohíbe al proveedor de atención médica a cargo de la atención de la madre o del recién nacido, luego de consultarlo con la madre, dar de alta a la madre y a su hijo recién nacido antes del plazo específico o solicitar tiempo adicional de hospitalización. En cualquier caso, es posible que el Plan no exija que un proveedor obtenga autorización por parte del Plan para indicar una hospitalización que no supere las cuarenta y ocho (48) o noventa y seis (96) horas, según corresponda. Sin embargo, se requiere autorización previa para utilizar ciertos proveedores o centros, o para reducir los costos de desembolso directo.

AVISO SOBRE LA LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA:

A partir del 1.º de enero de 2010, e independientemente de cualquier disposición del Plan en sentido contrario, el Plan cumplirá con la Ley de No Discriminación por Información Genética. En general, el Plan no puede establecer primas en base a la información genética, solicitar o exigir a un participante a que se someta a una prueba genética, o solicitar, exigir o comprar información genética para fines de suscripción de seguro, o recopilar información genética sobre un participante antes de que el participante esté inscrito o cubierto por el Plan.

AVISO SOBRE EL RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA:

Si desea obtener una copia del Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) del producto que está solicitando, pídsela a su empleador. El SBC está disponible sin cargo. Los SBC también están disponibles en formato electrónico en BlueKC.com. La información en el SBC está sujeta a cambio antes de su fecha de vigencia.

AVISO RELACIONADO CON LA PROTECCIÓN DE LAS CREENCIAS RELIGIOSAS Y LAS CONVICCIONES MORALES:

Su cobertura no incluye la cobertura opcional para la interrupción del embarazo.

LA LEY PROHÍBE LA DISCRIMINACIÓN

Blue KC cumple con las leyes federales vigentes sobre los derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue KC no excluye a las personas ni las trata de un modo distinto debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue KC:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros, 816-395-6340 (número local), 844-395-7126 (número gratuito), languagehelp@bluekc.com.

Si considera que Blue KC no le proporcionó estos servicios o se sintió discriminado de algún modo según su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Departamento de Apelaciones, PO Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169, 816-395-3537, TTY: 816-842-5607, appeals@bluekc.com. Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Apelaciones está disponible para ayudarlo. También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de manera electrónica a través del Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue, SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201
 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamación están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

La ley prohíbe la discriminación

Blue Cross and Blue Shield of Kansas City cumple con las leyes federales vigentes sobre los derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue KC:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - O intérpretes calificados de lenguaje de señas;
 - O información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - O intérpretes calificados;
 - O información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al 844-395-7126 (llamada gratuita), languagehelp@bluekc.com.

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Blue KC, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-395-7126.

如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Blue KC 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話1-844-395-7126。