

Formulario de solicitud y cambio del empleado

SOLO PARA SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE PLANES PARCIALMENTE AUTOFINANCIADOS
 Complete todas las casillas de forma LEGIBLE (en letra de imprenta) CON LAPICERO DE TINTA AZUL O NEGRA y firme.

Si la solicitud se utilizará como formulario de cambio, especifique el evento a continuación.

FECHA DEL EVENTO: _____

- Nacimiento Cambio de dirección Divorcio Matrimonio Muerte Cambio de beneficiario Adopción/colocación
 Pérdida de otra cobertura grupal

I Datos del empleado únicamente

1. APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		2. DOMICILIO		
3. CIUDAD			ESTADO			CÓDIGO POSTAL		
						4. N.º DE TELÉFONO DEL HOGAR		
						N.º DE TELÉFONO DEL TRABAJO		
5. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				6. Sexo		7. FECHA DE NACIMIENTO		
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		8. N.º DE SEGURO SOCIAL		
9. FECHA DE CONTRATACIÓN		10. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA			11. PUESTO		12. N.º DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	

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	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTATURA	PESO	SELECCIÓN DE LA COBERTURA
Nuevo	EMPLEADO					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión
Cambio									
Nuevo	CÓNYUGE					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión
Cambio									
Nuevo	HIJO					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión
Cambio									
Nuevo	HIJO					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión
Cambio									
Nuevo	HIJO					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión
Cambio									

VI(a) Debe responder todas las preguntas antes de que se procese su solicitud.

La Ley federal de No Discriminación por Información Genética prohíbe que los patrocinadores del plan soliciten, exijan, compren o **recopilen "información genética" para fines de suscripción. La "información genética" incluye sus pruebas genéticas, las pruebas genéticas de los miembros de su familia y la manifestación de enfermedades o trastornos de los miembros de su familia que no están cubiertos por la póliza.** La información genética también puede incluir las solicitudes o la recepción de servicios genéticos, o la participación en investigaciones clínicas que incluyen servicios genéticos. No brinde información genética en este formulario. Sin embargo, la información sobre enfermedades o afecciones manifiestas de cualquier persona que solicite cobertura no se considera información genética y debe informarse en este formulario, incluso si la causa de la enfermedad o afección es genética o está relacionada con la genética.

Marque la casilla correspondiente (✓) si, en los últimos cinco (5) años, usted o un dependiente que solicita cobertura alguna vez recibió servicios médicos de un proveedor de atención médica para cualquiera de las afecciones que se enumeran a continuación. Si marcó la **casilla "Sí", explique en detalle en la sección de información médica adicional a continuación. EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, ¿A USTED O A ALGÚN DEPENDIENTE QUE SOLICITE COBERTURA LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES O HAN RECIBIDO TRATAMIENTO PARA DICHAS AFECCIONES?:**

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>SÍ NO</p> <p>1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno óseo/articular/muscular/reemplazo de articulaciones</p> <p>2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis/gota/trastorno de espalda o cuello</p> <p>3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibromialgia/síndrome de fatiga crónica</p> <p>4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus - Tipo _____</p> <p>5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema nervioso/trastorno cerebral/Alzheimer</p> <p>6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia/trastorno convulsivo</p> <p>7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple</p> <p>8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson</p> <p>9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno cardíaco/circulatorio</p> <p>10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame cerebral</p> <p>11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión arterial alta (Fecha _____ de la última lectura _____)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo/leucemia</p> | <p>SÍ NO</p> <p>13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colesterol elevado (Fecha _____ de la última lectura _____)</p> <p>14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes-Hemoglobina A1C (Fecha _____ de la última lectura _____)</p> <p>15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Complejo relacionado con el VIH/SIDA</p> <p>16. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou anormal (En caso afirmativo, envíe copias de los resultados de las 2 últimas citologías)</p> <p>17. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infertilidad/trastorno reproductivo</p> <p>18. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer - Tipo _____</p> <p>19. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumor/quiste/pólipo</p> <p>20. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno respiratorio/pulmonar/asma/tuberculosis</p> <p>21. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema/enfermedad pulmonar obstructiva crónica</p> <p>22. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno pancreático</p> <p>23. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno tiroideo/bocio</p> | <p>SÍ NO</p> <p>24. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno renal/urinario/de la vejiga</p> <p>25. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia hepática/hepatitis A, B o C</p> <p>26. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> amiento quiropráctico: cantidad de visitas en los últimos 12 meses _____</p> <p>27. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno digestivo/intestinal</p> <p>28. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn/diverticulitis/diverticulosis</p> <p>29. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos mentales/nerviosos</p> <p>30. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esquizofrenia/depresión maníaca/intento de suicidio</p> <p>31. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención</p> <p>32. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anorexia/bulimia</p> <p>33. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cualquier otra anomalía/deformidad/defecto congénito (enumérelos todos a continuación)</p> <p>34. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma-Lectura de la presión ocular R _____ L _____</p> <p>35. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos oculares/cataratas</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

36. ENUMERE CUALQUIER OTRA AFECCIÓN QUE NO SE HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE PARA LA QUE HAYAN RECIBIDO UN DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS: _____

VI(b) Información médica adicional: enumere a continuación todos los detalles de las preguntas respondidas en la Sección VII(a) (adjunte una hoja si es necesario)

N.º DE PREGUNTA	PERSONA TRATADA	AFECCIÓN Y TIPO DE TRATAMIENTO	FECHA EN QUE SE MANIFESTÓ	FECHA DEL ÚLTIMO TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL	NOMBRE COMPLETO Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR

VI(c)

Información sobre el empleado y su familia: del empleado y sus dependientes que serán inscritos (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.

- A. ¿Está usted o algún miembro de su familia o dependiente actualmente embarazada? (¿Incluido cualquier dependiente que no solicite cobertura?) Sí NO
 En caso afirmativo, nombre(s) _____ Fecha(s) límite(s): _____
- B. En los últimos 12 meses, ¿ha estado usted o alguno de sus dependientes hospitalizado? Sí NO
 En caso afirmativo, ¿quién? _____ Número de ingresos hospitalarios _____
 Duración de las estadias _____ Motivo de las hospitalizaciones _____
- C. En los últimos 12 meses, ¿se les ha aconsejado a usted o a alguno de sus dependientes que se sometan a cirugías, tratamientos, pruebas o estudios QUE AÚN NO SE HAN REALIZADO?
 Sí NO
 En caso afirmativo, nombre(s) _____
 Tipo de prueba, intervención quirúrgica, tratamiento o estudio _____
 Fecha de realización o programación _____
- D. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido usted o alguno de sus dependientes cuidado ambulatorio en el hospital? Sí NO
 En caso afirmativo, nombre(s) _____
 Cantidad de visitas a la sala de emergencias en los últimos 12 meses _____
 Motivo(s) de la(s) visita(s) _____
- E. En los últimos 5 años, ¿usted o alguno de sus dependientes ha consultado a un médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, quiropráctico, enfermero practicante, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o del habla o a cualquier otro profesional de atención médica por cualquier motivo, incluido un examen físico anual?
 Sí NO
 En caso afirmativo, explique _____
- F. ¿Algún miembro de la familia ha recibido asesoramiento individual o grupal en los últimos 12 meses? Sí NO
 En caso afirmativo, nombre(s) _____
 Frecuencia del asesoramiento _____
 Fecha de la última sesión de asesoramiento _____
- G. En los últimos 5 años, ¿usted o alguno de sus dependientes alguna vez se ha sometido o se les ha aconsejado someterse a un trasplante de órganos de cualquier tipo? Sí NO
 En caso afirmativo, nombre(s) _____
 Tipo _____
- H. En los últimos 5 años, ¿usted o alguno de sus dependientes alguna vez ha consumido lo siguiente, o bien ha recibido tratamiento o asesoramiento debido al consumo de lo siguiente?
 a) Consumo de alcohol, sedantes, alucinógenos, sustancias ilegales, narcóticos o cualquier otra droga que no sea la recetada por un médico
 Sí NO
 b) Si la respuesta a cualquiera de los elementos de (a) es "Sí", indique los tipos de consumo, el tratamiento y las fechas. ¿Fecha del último consumo?

 Fecha y tipo de tratamiento: _____
- c) ¿Ha sido condenado por conducir ebrio en los últimos 5 años? Sí NO En caso afirmativo, fecha(s) _____
- I. En los últimos 5 años, ¿ha consumido usted o alguno de sus dependientes productos del tabaco, incluidos cigarrillos, puros, pipas o tabaco de mascar?
 Sí NO
 En caso afirmativo, nombre(s) _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____
 ¿Cuánto consumió por día? _____ Si ya no consume productos del tabaco, ¿cuándo dejó de consumirlos o sus dependientes? _____
- J. ¿Hay algún dependiente discapacitado? Sí (facilite los detalles en una página aparte) NO
- K. Enumere a continuación todos los medicamentos recetados que usted o cualquiera de sus dependientes haya tomado en los últimos 12 meses.

VII

Si se inscribe en un plan HSA con un deducible alto y planea establecer una HSA en la institución bancaria preferida del patrocinador de su plan, complete lo siguiente:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO (EN VIRTUD DE LAS LEYES FEDERALES, SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL ES NECESARIO PARA ESTABLECER UNA HSA)

DIRECCIÓN FÍSICA (SI PROPORCIONÓ UN APARTADO POSTAL EN LA SECCIÓN I, SE REQUIERE UNA DIRECCIÓN FÍSICA EN VIRTUD DE LAS LEYES FEDERALES PARA ESTABLECER UNA HSA. NO SE ABRIRÁ UNA HSA SI SOLO SE PROPORCIONA UN APARTADO POSTAL.

VIII

Acuerdo y reconocimiento

Solicito cobertura en virtud de los planes de salud (los "Planes") que ofrece el patrocinador de mi plan y que administra Blue Cross and Blue Shield of Kansas City y sus subsidiarias (en conjunto, "Blue KC") con sus eventuales modificaciones. Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos el monto de cualquier contribución obligatoria.

Comprendo que los servicios estarán disponibles sujetos a las exclusiones, las limitaciones y los beneficios descritos en el Plan. Comprendo que, si en algún momento el patrocinador de mi Plan determina que una persona mencionada en esta solicitud no cumplió con la definición de "dependiente" del Plan, el patrocinador tiene derecho a finalizar o rescindir la cobertura para esa persona o para todas las personas no elegibles en virtud de la solicitud, y tiene derecho a recuperar cualquier pago de beneficios realizado para dicha persona o personas no elegibles. Además, comprendo que si tergiversé de manera intencional alguna parte de la información que aparece en la solicitud, el patrocinador de mi Plan tiene 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. Comprendo que Blue KC, como administrador, conservará mis registros médicos bajo estricta confidencialidad de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables.

Si elijo un Plan de salud con un deducible alto ("HDHP"), reconozco que el HDHP puede usarse con una Cuenta de Ahorros Médicos ("HSA").

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, coseguro 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, que es una ley federal.

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) de la cobertura que está solicitando, pídasela al patrocinador de su Plan. El SBC está disponible sin cargo. La información en el SBC está sujeta a cambio antes de su fecha de entrada en vigencia.