



Kansas City

An Independent Licensee of the 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 51 A 99 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 ⋮

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 dirección
 Divorcio
 Matrimonio
 Muerte
 Cambio de beneficiario
 Adopción/colocación
 Pérdida de otra cobertura grupal
 Beneficio máximo de por vida alcanzado

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. EMPLEADOR | | |
| 9. PUESTO | | 10. FECHA DE CONTRATACIÓN | | 11. HORAS TRABAJADAS POR SEMANA | | 12. FRECUENCIA DE PAGO <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semimensual <input type="checkbox"/> Mensual | | |
| 13. 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. | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO | ESTATURA | PESO | INDICAR COBERTURA |
|---|----------------------|------------------------|---------------------|---|----------|------|---|
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio | EMPLEADO | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Servicios dentales <input type="checkbox"/> Servicios para la vista |
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio | CÓNYUGE | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Servicios dentales <input type="checkbox"/> Servicios para la vista |
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio | NIÑO(A) | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Servicios dentales <input type="checkbox"/> Servicios para la vista |
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio | NIÑO(A) | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Servicios dentales <input type="checkbox"/> Servicios para la vista |
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio | NIÑO(A) | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Servicios dentales <input type="checkbox"/> Servicios para la vista |
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio | NIÑO(A) | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Servicios dentales <input type="checkbox"/> Servicios para la vista |

III Selección de renuncia a la cobertura

| | |
|---|---|
| Rechazo la cobertura para: Atención médica <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Mi cónyuge <input type="checkbox"/> Mis hijos dependientes Servicios dentales <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Mi cónyuge <input type="checkbox"/> Mis hijos dependientes Servicios para la vista <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Mi cónyuge <input type="checkbox"/> Mis hijos dependientes | Debido a: <input type="checkbox"/> Existencia de otra cobertura médica grupal <input type="checkbox"/> Medicare o Medicaid <input type="checkbox"/> Existencia de otra cobertura médica individual <input type="checkbox"/> Otra razón (explicar) _____ |
|---|---|

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 ante 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

Elige 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 Missouri.* 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 de una EPO. Los beneficios de un producto de una 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, salvo 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. Los productos que se ofrecen a continuación están suscritos y son emitidos por **Blue Cross and Blue Shield of Kansas City**.

Tipo de cobertura médica (seleccione solo una opción): Solicitante Solicitante + cónyuge Solicitante + hijo(s) Solicitante + familia Solicitante + pareja de hecho

| Preferred-Care Blue (PPO) | Preferred-Care Blue | BlueSelect Plus (PPO)† | BlueSelect Plus† |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> \$500 (OOPM: \$1,500) | <input type="checkbox"/> \$500 (OOPM: \$3,500) | <input type="checkbox"/> \$1,000 | <input type="checkbox"/> \$2,000 |
| <input type="checkbox"/> \$1,000 (OOPM: \$2,500) | <input type="checkbox"/> \$1,000 (OOPM: \$4,000) | <input type="checkbox"/> \$3,000 (OOPM: \$3,000) | <input type="checkbox"/> \$3,000 (OOPM: \$5,000) |
| <input type="checkbox"/> \$1,500 (OOPM: \$4,500) | <input type="checkbox"/> \$1,500 (OOPM: \$6,000) | <input type="checkbox"/> \$3,000 (OOPM: \$9,100) | <input type="checkbox"/> \$4,000 (OOPM: \$4,000) |
| <input type="checkbox"/> \$2,000 | <input type="checkbox"/> \$2,700 | <input type="checkbox"/> \$4,000 (OOPM: \$9,100) | <input type="checkbox"/> \$4,000 (OOPM: \$4,000)(EPO) |
| <input type="checkbox"/> \$3,000 (OOPM: \$3,000) | <input type="checkbox"/> \$3,000 (OOPM: \$5,000) | <input type="checkbox"/> \$5,000 (OOPM: \$9,100) | |
| <input type="checkbox"/> \$3,000 (OOPM: \$9,100) | <input type="checkbox"/> \$4,000 (OOPM: \$4,000) | BlueSelect Plus BlueSaver (para usar con una HSA)** | |
| <input type="checkbox"/> \$4,000 (OOPM: \$9,100) | <input type="checkbox"/> \$5,000 (OOPM: \$6,500) | <input type="checkbox"/> \$3,200 (PPO) | <input type="checkbox"/> \$5,000 (PPO) <input type="checkbox"/> \$5,000 (EPO) |
| <input type="checkbox"/> \$5,000 (OOPM \$9,100) | | Spira Care with BlueSelect Plus† | |
| <input type="checkbox"/> \$5,000 (OOPM \$9,100) | | <input type="checkbox"/> \$1,500 (EPO) | <input type="checkbox"/> \$3,500 (OOPM \$9,100) (EPO) |
| AffordBlue (PPO) | BlueSaver (para usar con una HSA)* | <input type="checkbox"/> \$3,500 (OOPM \$3,500) (EPO) | <input type="checkbox"/> \$5,000 (EPO) <input type="checkbox"/> \$7,000 (EPO) |
| <input type="checkbox"/> \$5,500 | <input type="checkbox"/> \$3,200 <input type="checkbox"/> \$4,000 <input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$6,500 | Spira Care with BlueSelect Plus BlueSaver (para usar con una HSA)** | |
| Personal Blue PPO HRA | | <input type="checkbox"/> \$3,200 (EPO) | |
| <input type="checkbox"/> \$3,000 | | | |

* Se establecerá una Cuenta de Ahorros Médicos (Health Savings Account, HSA), a menos que usted indique lo contrario.
 Complete la sección VIII. No, no quiero abrir una HSA
 † Debe cumplir con los requisitos de código postal para inscribirse en esta opción de plan.

V Selección de cobertura complementaria

1. Tipo de cobertura dental o de la vista. Si lo desea, seleccione solo un grupo 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.

| | |
|---|---|
| Servicios dentales: <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Solicitante + cónyuge <input type="checkbox"/> Solicitante + hijo(s) <input type="checkbox"/> Solicitante + familia <input type="checkbox"/> Solicitante + pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Buy-up |
| Servicios para la vista: <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Solicitante + cónyuge <input type="checkbox"/> Solicitante + hijo(s) <input type="checkbox"/> Solicitante + familia <input type="checkbox"/> Solicitante + pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Básico <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 ante 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. (Eligo 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 de salud (para la coordinación de beneficios)

1. El día en que comience la cobertura, ¿usted o alguno de sus dependientes que solicitan esta cobertura estarán cubiertos por otro seguro de salud 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"/> Atención médica | NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS | (CÓDIGO DE ÁREA) N.º DE TELÉFONO | N.º DE PÓLIZA |
| NOMBRE DEL MIEMBRO | NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL MIEMBRO | ENTRA EN VIGENCIA | VIGENTE HASTA EL REPLAZO DE COBERTURA |

FAMILIARES CUBIERTOS
1. _____ 2. _____ 3. _____

2. ¿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

3. Si usted o su(s) dependiente(s) tiene(n) Medicare, incluya una copia de su(s) tarjeta(s) de Medicare en esta solicitud.

¿Usted o su(s) dependiente(s) tiene(n) 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:

4. ¿Usted o alguno de sus dependientes están cubiertos por la continuación de cobertura de la Ley Omnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, 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(a) Debe responder todas las preguntas antes de que se procese su solicitud.

La Ley federal de No Discriminación por Información Genética prohíbe que las compañías de seguros médicos soliciten, exijan, compren o recopilen "información genética" para fines de suscripción. La "información genética" incluye sus pruebas genéticas, las pruebas genéticas de sus familiares y la manifestación de enfermedades o trastornos de sus familiares 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?:

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

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: _____

VII(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 |
|-----------------|-----------------|--------------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VII(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. SÍ NO

A. ¿Está usted o algún dependiente cursando actualmente un embarazo? (Incluido cualquier dependiente que no solicite cobertura). SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí": Nombre(s) _____ Fecha(s) de parto: _____
 ¿Se espera algún nacimiento múltiple? SÍ NO

B. En los últimos 12 meses, ¿usted o algún dependiente ha sido hospitalizado? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí", quién _____ Cantidad de hospitalizaciones _____ Duración de las hospitalizaciones _____ 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
 Si la respuesta es "Sí": Nombre(s) _____ Tipo de prueba, cirugía, tratamiento o estudio _____
 Fecha de realización o fecha programada _____

D. En los últimos 12 meses, ¿usted o algún dependiente ha recibido cuidado ambulatorio en el hospital? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí": 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
 Si la respuesta es "Sí", explique: _____

F. ¿Usted o algún dependiente ha recibido asesoramiento individual o grupal en los últimos 12 meses? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí": 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
 Si la respuesta es "Sí": 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 desde el último consumo _____ Fecha y tipo de tratamiento: _____
 c) En los últimos 5 años, ¿ha sido arrestado por conducir bajo la influencia del alcohol (Driving under the influence, DUI)? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí", fecha(s) _____

I. En los últimos 5 años, ¿usted o alguno de sus dependientes ha consumido productos con tabaco, incluidos cigarrillos, cigarros, pipas o tabaco para mascar? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí": Nombre(s) _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____
 ¿Cuánto consumió por día? _____ Si ya no consumen productos con tabaco, ¿cuándo dejaron de fumar usted o sus dependientes? _____

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

K. Enumere en la siguiente página todos los medicamentos recetados que usted o cualquiera de sus dependientes haya tomado en los últimos 12 meses.

APELLIDO _____

NOMBRE _____

Información sobre los medicamentos recetados (adjunte una hoja si es necesario)

| PERSONA TRATADA | NOMBRE DEL MEDICAMENTO | DOSIS | FRECUENCIA | AFECCIÓN O ENFERMEDAD | FECHA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | NOMBRE COMPLETO Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO |
|-----------------|------------------------|-------|------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|--|
| | | | | | | | NOMBRE: DIRECCIÓN: |
| | | | | | | | NOMBRE: DIRECCIÓN: |
| | | | | | | | NOMBRE: DIRECCIÓN: |
| | | | | | | | NOMBRE: DIRECCIÓN: |

L. En los últimos 2 años, ¿alguna de las personas enumeradas en esta solicitud ha interrumpido el uso de algún medicamento sin la aprobación del médico o no ha tomado algún medicamento recetado por el médico?

SÍ NO Nombre del medicamento _____

Motivo por el cual se recetó _____

Nombre de la persona _____

Continuación del cuestionario médico (adjunte una hoja si es necesario)

INFORMACIÓN ADICIONAL

VIII Acuerdo y reconocimiento

Solicito recibir cobertura en virtud del/de los Contrato(s) grupal(es) (el "Contrato") emitido(s) por Blue Cross and Blue Shield of Kansas City y Good Health HMO, Inc., que operan con el nombre comercial de Blue Care Inc. (en conjunto, "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 de vida grupal emitida por USABLE Life estarán disponibles sujetas a las exclusiones, las limitaciones y los beneficios descritos en, según corresponda, el Contrato y la Póliza de vida grupal emitidos por USABLE Life y el certificado de USABLE Life. Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, clínica u otro centro relacionado con la atención médica, compañía de seguro o reaseguro, que tengan información sobre mí o cualquier miembro de mi familia (solo aquellos que hayan solicitado cobertura en esta solicitud) con respecto a nuestra salud mental y física, otra cobertura de seguro, actividades peligrosas, fama, reputación general, finanzas y vocación a brindar a USABLE Life, sus reaseguradoras o su representante legal toda la información que se utilice para la suscripción de seguros. Autorizo a todas estas fuentes a entregar dichos registros o conocimientos a cualquier agencia empleada por la compañía para recopilar y transmitir dicha información con el fin de facilitar su presentación rápida. Acepto que esta autorización será válida durante dos (2) años a partir de la fecha de solicitud. Acepto que una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original y entiendo que hay una copia disponible para mí o mi representante previa solicitud. Declaro que las afirmaciones y respuestas de esta solicitud son verdaderas, completas y están correctamente registradas. 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.

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 la Póliza, Blue KC y/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(s) persona(s) no elegible(s). 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 y/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.

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 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, que 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, 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, pídasela 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 entrada en vigencia.

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

La cobertura de su plan de salud no incluye un beneficio por interrupción electiva 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 capacitados en lenguaje de señas; e
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:
 - intérpretes capacitados; e
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente, 816-395-6340 (local), 844-395-7126 (línea gratuita) o por correo electrónico a 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 la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en forma electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

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 para presentar reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

NEED THIS COMMUNICATION IN ANOTHER LANGUAGE?

If you need these services, contact Customer Service, 1-844-395-7126 (Toll free), languagehelp@bluekc.com.

Spanish: 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.

Chinese: 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.