



Kansas City

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Short-Term Security Application

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

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR SOLICITADA: _____

Puede solicitar que la fecha de entrada en vigencia sea el 1 del mes a partir de la fecha de la solicitud con hasta 60 días de anticipación.

I Información del solicitante

1. APELLIDO	NOMBRE DE PILA	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. NRO. DE SEGURO SOCIAL
4. *DOMICILIO (Nombre la calle, número y nro. de apartamento)				
5. CIUDAD	6. ESTADO	7. CÓDIGO POSTAL	8. CONDADO	
5. *DOMICILIO ALTERNATIVO (Por favor, marque sólo uno): <input type="checkbox"/> Sólo para facturación <input type="checkbox"/> Para facturación y toda la correspondencia				
10. CIUDAD	11. ESTADO	12. CÓDIGO POSTAL	13. CONDADO	
14. NRO. DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA	15. NRO. DE TELÉFONO DE LA CASA	16. CORREO ELECTRÓNICO <i>Blue Cross Blue Shield of Kansas City (Blue KC) puede usar esta dirección de correo electrónico para proveer documentos, materiales y otras notificaciones relacionadas con la cobertura.</i>		
* Domicilio denota la dirección legal permanente del solicitante y debe completarse. El domicilio alternativo debe ser marcado si las facturas, tarjetas de identificación de miembro, etc. deben ir a una dirección diferente de la del domicilio legal.				

II Información del solicitante/familia – Si necesita más lugar, por favor use y adjunte una solicitud adicional:

MARCAR EL CASILLERO ADECUADO	NRO. DE SEGURO SOCIAL	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL MEDIO	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	SOLICITANTE				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	CÓNYUGE				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	MENOR				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	MENOR				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	MENOR				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	MENOR				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

III Selección de cobertura

COBERTURA DESEADA (Individual/Deducible familiar):

Short Term 500 (\$500/\$1,500)

Short Term 2500 (\$2,500/\$7,500)

Short Term 1000 (\$1,000/\$3,000)

Short Term 5000 (\$5,000/\$15,000)

Información del solicitante (Por favor provéala nuevamente para ayudar en caso de que las hojas se separen)
APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

IV Salud preguntas

La Ley Federal de No Discriminación de la Información Genética prohíbe a los seguros de salud solicitar, exigir, comprar o recopilar "información genética" para fines de análisis, selección y tarificación de riesgos. Entre la "información genética" se encuentran los exámenes genéticos suyos o de sus familiares y la manifestación de una enfermedad o trastorno de un familiar no cubierto por la póliza. La información genética también puede implicar solicitar o recibir servicios genéticos o la participación en investigación clínica que incluya servicios genéticos. No describa información genética en este formulario. Sin embargo, la información acerca de enfermedades o afecciones que manifieste cualquiera que solicite cobertura no se considera información genética y debe informarse en estos formularios, aún cuando la enfermedad o afección la provoque o se relacione con la genética.

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1. ¿Esta póliza reemplazará la cobertura actual? Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de término: _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	2. ¿Habrá algún otro seguro de salud vigente en la fecha de entrada en vigencia de la póliza?
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	3. ¿La asegurada propuesta por usted, su cónyuge o alguna de sus hijas dependientes (ya sea solicitante o no) está embarazada?
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4. Dentro de los últimos (5) años, ¿usted o alguno de los asegurados propuestos recibió un diagnóstico, tratamiento o asesoramiento médico por alguna de las siguientes enfermedades?: trastorno cardíaco o circulatorio (se excluye la hipertensión arterial); ataque cardíaco o dolor de pecho; derrame cerebral; diabetes; cáncer o tumor; infertilidad; esquizofrenia, depresión maníaca o trastorno bipolar; alcoholismo o consumo excesivo de bebidas alcohólicas; consumo de drogas o dependencia a sustancias químicas.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	5. Dentro de los últimos (5) años, ¿usted o alguno de sus asegurados propuestos recibió servicios de un médico u otro proveedor de cuidado de la salud por infección con VIH, sida o complejo relacionado con el sida u obtuvo resultados positivos en pruebas de VIH u otras enfermedades asociadas con el sistema inmune distintas del VIH?

V Acuerdo

Entiendo que, si las personas propuestas para la cobertura son elegibles y se ofrece la cobertura: (1) la cobertura entrará en vigencia a las 12:01 a. m. en la fecha solicitada por mí; (2) las enfermedades preexistentes¹ no tendrán cobertura; (3) la cobertura según el presente contrato finalizará en el último día del tercer mes de cobertura o en 11:59 p. m. del 31 de diciembre, lo que ocurra primero; (4) puedo solicitar otro contrato Short Term Security sujeto a la aprobación de la suscripción; y (5) no se pueden realizar cambios deducibles después de la entrada en vigencia de la cobertura. Entiendo que el contrato está condicionado por la veracidad de la información contenida en el presente documento. Entiendo que cualquier error en esta solicitud de inscripción puede derivar en la denegación de un reclamo, la reevaluación de la prima y la suspensión o rescisión de la cobertura. Entiendo que si, en cualquier momento, se determina que una de las personas enumeradas en esta solicitud no cumple con la definición de dependiente del contrato o si yo tergiverso cualquier información contenida en el presente documento, Blue KC o sus subsidiarias tienen el derecho de reevaluar, cancelar o rescindir la cobertura para esa persona o para todas las personas incluidas en la solicitud y de recuperar cualquier pago de beneficios realizado por dicha persona o personas no elegibles. Comprendo que Blue KC mantendrán estrictamente la confidencialidad de mi historia clínica, de acuerdo con las leyes estatales y federales correspondientes.

Al tildar la opción "Sí", usted da su consentimiento y solicita que Blue KC, nuestros asociados y quienes actúen en nuestro o su nombre puedan llamarlo o enviarle mensajes mediante un sistema telefónico de marcado automático o un mensaje pregrabado. Puede recibir llamadas o mensajes con publicidades o mensajes de telemarketing en relación con nuestros beneficios y servicios o los de nuestros asociados. Usted comprende que este consentimiento no es una condición de compra. Sí No

ESTA COBERTURA DE SALUD (COBERTURA SUSTANCIAL MÍNIMA) NO SATISFACE EL REQUISITO DE COBERTURA DE SALUD DE LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. SI NO CUENTA CON COBERTURA SUSTANCIAL MÍNIMA, PUEDE DEBER UN PAGO ADICIONAL CON SUS IMPUESTOS.

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 está para el propósito informativo solamente; y la versión inglesa controlará a menos que la lengua en la otra versión de la lengua se demuestre para ser una mala representación fraudulenta.

(LA FIRMA DEL PADRE O TUTOR ES UN REQUISITO PARA MENORES DE 18.)

Firma del solicitante:

Nombre impreso:

Firma del cónyuge:

Nombre impreso del cónyuge:

Fecha:

Firmado en: Ciudad, Estado:

1. Una enfermedad preexistente se define como toda enfermedad, lesión u otra condición por la que se haya recibido o se haya recomendado asesoramiento médico, diagnóstico, atención o tratamiento durante los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Información del solicitante (Por favor provéala nuevamente para ayudar en caso de que las hojas se separen)

APELLIDO:

NOMBRE:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

La discriminación es ilegal

Blue KC cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina en función de la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. Blue KC no excluye a la gente o la trata de forma diferente debido a la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

Blue KC:

- Ofrece recursos gratuitos y servicios a personas con discapacidades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas, o
 - Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos);
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados, o
 - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita alguno de estos servicios, llame al servicio de atención al cliente, 844-395-7126 (línea gratuita), languagehelp@bluekc.com. Si considera que Blue KC no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género, puede presentar una queja en departamento de apelaciones, PO Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169, 816-395-3537, TTY: 816-842-5607, APPEALS@bluekc.com. Puede presentar dicha queja de manera personal, por correo postal o correo electrónico. Si necesita asesoramiento para presentar una queja, departamento de apelaciones está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en forma electrónica en el Portal de la Oficina de Reclamos de Derechos Civiles, disponible <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o 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 reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

NECESITA ESTA COMUNICACIÓN EN OTRO IDIOMA?

To obtain assistance in a language other than English, call 1-888-989-8842.

1. 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 1-888-989-8842.
2. 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 1-888-989-8842。
3. Vietnamese: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Blue KC, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-888-989-8842.
4. German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Blue KC haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-888-989-8842 an.
5. Korean: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Blue KC에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-888-989-8842로 전화하십시오.
6. Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ຫຼີນຶທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ມາຖ່າມກຽວກັບ Blue KC, ທ່ານມາສິດທິ ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ດາວຂໍ້ມູນຊ່ວຍເຫຼືອ ບໍ່ມີຄ່າຂອງທ່ານ ຫາ ໃຊ້ຈ່າຍ. ການໂອນມາກັບພາສາລາວ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-888-989-8842.
7. Arabic: إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة بخصوص Blue KC ، فإليك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-888-989-8842.
8. Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Blue KC, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-888-989-8842.
9. French: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Blue KC, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-888-989-8842.
10. Russian: Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Blue KC, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-888-989-8842.
11. Persian: اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید، سوال در مورد Blue KC داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. 1-888-989-8842 تماس حاصل نمایید.
12. Serbo-Croatian: Ukoliko Vi ili neko kome Vi pomažete ima pitanje o Blue KC, imate pravo da besplatno dobijete pomoć i informacije na Vašem jeziku. Da biste razgovarali sa prevodiocem, nazovite 1-888-989-8842.
13. Pennsylvania Dutch: "Wann du hoscht en Froog, odder ebber, wu du helpscht, hot en Froog baut Blue KC, hoscht du es Recht fer Hilf un Information in deinre eegne Schprooch griege, un die Hilf koschtet nix. Wann du mit me Interpreter schwetze witt, kantscht du 1-888-989-8842 uffrufe.
14. Cushite: Isin yookan namni biraa isin deeggartan Blue KC irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa 1-888-989-8842 tiin bilbilaa.
15. Portuguese: Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Blue KC, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-888-989-8842.

Para los servicios de TTY, llame 1-816-842-5607.

Método de pago

Recuerde adjuntar el pago correcto de la prima. Los cheques se deben emitir a nombre de BCBS of KC.

- Con la transferencia electrónica de fondos, su prima se deduce automáticamente de su cuenta corriente.
- Su prima se pagará automáticamente, a tiempo, todos los meses.
- Su cuenta será girada el quinto día de cada mes o el siguiente día hábil.

Debítese de mi cuenta automáticamente todos los meses el monto total de la prima pendiente de pago.

Nombre:

No. de seguro social:

Nombre del banco

Nombre en la cuenta

Número de identificación (cifra de 9 dígitos)

Número de cuenta bancaria

Sí, deseo suscribirme a la transferencia electrónica de fondos.

Firma:

Fecha:

Autorización de la tarjeta de crédito: Ofrecemos la comodidad de pagar con tarjeta de crédito. Se puede aceptar el pago con tarjeta de crédito para una o más primas, o bien, con su autorización firmada, podemos cargar automáticamente en su tarjeta de crédito el monto total de la prima todos los meses. Para pagar con tarjeta de crédito, elija una de las siguientes opciones (*se debe completar toda la información para el procesamiento*):

Cárguese en mi tarjeta de crédito automáticamente todos los meses el monto total de la prima pendiente de pago. Entiendo que el monto se cargará en mi tarjeta de crédito todos los meses en el quinto día del mes o el siguiente día hábil.

Elija una sola opción: Visa Master Card

Número de cuenta: _____ Fecha de vencimiento: _____ Código CVV: _____

Facturación Dirección: _____

Nombre de cuenta: _____ Firma: _____

Nota: Para cancelar su autorización para el cobro automático con la tarjeta de crédito, su solicitud se debe recibir 10 días antes de la fecha de retiro de fondos de su tarjeta de crédito.

Solo para uso de los agentes

Agent's Full Name	Agent #	Telephone #
Address	City	State Zip
E-Mail Address		



Kansas City

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Short-Term Security Application

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

REQUESTED EFFECTIVE DATE: _____

You may request an Effective Date of the 1st of the month from the application date up to 60 days in advance

I Applicant Information

1. LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE INITIAL	2. DATE OF BIRTH	3. SOCIAL SECURITY NO.
4. *HOME ADDRESS (Street Number and Name, Apt. Number)				
5. CITY	6. STATE	7. ZIP	8. COUNTY	
9. *ALTERNATE ADDRESS (Please indicate only one): <input type="checkbox"/> Billing Only <input type="checkbox"/> Billing and All Correspondence				
10. CITY	11. STATE	12. ZIP	13. COUNTY	
14. DAYTIME PHONE NO.	15. HOME PHONE NO.	16. E-MAIL ADDRESS <i>Blue Cross and Blue Shield of Kansas City (Blue KC) may use this email address to provide documents, materials and other notices related to coverage.</i>		

* Home address denotes applicant's permanent legal address and must be completed. Alternate address should be selected if billing, I.D. cards, etc. should go to a different address.

II Family Information - Applicant and Applicant's Dependents to be Enrolled or Changed (attach sheet if necessary)

	SOCIAL SECURITY NO.	LAST NAME	FIRST NAME	M.I.	GENDER	DATE OF BIRTH
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	APPLICANT				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	SPOUSE				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	CHILD				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	CHILD				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	CHILD				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	CHILD				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	

III Coverage Selection

COVERAGE DESIRED (Individual/Family Deductible):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Short Term 500 (\$500/\$1,500) | <input type="checkbox"/> Short Term 2500 (\$2,500/\$7,500) |
| <input type="checkbox"/> Short Term 1000 (\$1,000/\$3,000) | <input type="checkbox"/> Short Term 5000 (\$5,000/\$15,000) |

Member Information (Please provide again to assist in case pages become separated)
 LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ SOCIAL SECURITY NO.: _____

IV Health Questions

The federal Genetic Information Nondiscrimination Act prohibits health insurers from requesting, requiring, purchasing, or collecting “genetic information” for underwriting purposes. “Genetic information” includes your genetic test, the genetic tests of your family members, and the manifestation of a disease or disorder in family members not covered by the policy. Genetic information can also include requests for, or receipt of, genetic services, or participation in clinical research which includes genetic services. Do not report genetic information on this form. However, information about manifested diseases or conditions of anyone applying for coverage is not considered genetic information and is to be reported on this form, even if the disease or condition is caused by or associated with genetics.

<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	1. Will this policy replace present coverage? If “Yes”, state termination date _____
<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	2. Will there be any other health insurance in force on the policy effective date?
<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	3. Is proposed insured, spouse or any dependent child (whether applying or not) now pregnant?
<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	4. Within the last (5) years, have you or any proposed insured ever been diagnosed with, treated for, or received advice from a physician for: heart or circulatory system disorder (excluding high blood pressure); heart attack or chest pain; stroke; diabetes; cancer or tumor; infertility; schizophrenia, manic depression or bipolar disorder; alcoholism or alcohol abuse; drug abuse or chemical dependency?
<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	5. In the past (5) years, have you or any proposed insured ever received medical services from a physician or other health care provider for HIV infection, AIDS, AIDS Related Complex or tested positive for HIV virus or other diseases related to the immune system other than HIV?

V Agreement

I understand that, if persons proposed for coverage are eligible and coverage is offered: (1) effective date of coverage will be 12:01 a.m. on the date I requested; (2) preexisting conditions¹ will not be covered; (3) coverage under this Contract will terminate on the last day of the third month of coverage or at 11:59 p.m. on December 31st, whichever is sooner; (4) I may apply for another Short Term Security Contract subject to underwriting approval; and (5) deductible changes cannot be made after coverage is in effect. I understand that the Contract is conditioned upon the truth contained herein. I understand that any misstatement on this enrollment application may result in a denial of a claim, re-rate of the premium, discontinuation or rescission of coverage. I understand that if at any time it is determined a person listed on this application did not meet the Contract’s definition of dependent, or I misrepresented any of the information contained herein; Blue KC and/or its subsidiaries have the right to re-rate, terminate or rescind coverage for that person or for all persons under the application, and to recover any benefit payments for such ineligible person or persons. I understand my medical records will be maintained with strict confidentiality by Blue KC in accordance with applicable federal and state laws.

You agree that by checking “Yes” you consent and request that Blue Cross and Blue Shield of Kansas City, our affiliates, and those acting on our or their behalf, may call or text you using an automated telephone dialing system and/or a prerecorded message. The types of calls or texts you may receive include advertisements or telemarketing messages concerning our or our affiliates’ benefits and services. You understand that consent is not a condition of purchase. YES 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 está para el propósito informativo solamente; y la versión inglesa controlará a menos que la lengua en la otraversión de la lengua se demuestre para ser una mala representación fraudulenta.

THIS IS NOT QUALIFYING HEALTH COVERAGE (“MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE”) THAT SATISFIES THE HEALTH COVERAGE REQUIREMENT OF THE AFFORDABLE CARE ACT. IF YOU DON’T HAVE MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE, YOU MAY OWE AN ADDITIONAL PAYMENT WITH YOUR TAXES.

(PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE REQUIRED FOR MINORS UNDER THE AGE OF 18.)

Applicant’s Signature:
Printed Name:
Spouse’s Signature:
Spouse’s Printed Name:
Date:
Signed at (City, State):

1. A Preexisting Condition is defined as any illness, injury or other condition for which medical advice, diagnosis, care or treatment was received or recommended during the 12 months prior to the Effective Date of coverage.

Member Information (Please provide again to assist in case pages become separated)

LAST NAME:

FIRST NAME:

SOCIAL SECURITY NO.:

Discrimination is Against the Law:

Blue KC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue KC does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue KC:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service, 816-395-6340 (local), 844-395-7126 (Toll free), languagehelp@bluekc.com.

If you believe that Blue KC has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Appeals Department, PO Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169, 816-395-3537, TTY: 816-842-5607, APPEALS@bluekc.com. You can file a grievance in person or by mail, or email. If you need help filing a grievance, the Appeals Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Need This Communication in Another Language?

To obtain assistance in a language other than English, call 1-888-989-8842.

1. 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 1-888-989-8842.

2. 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 1-888-989-8842。

3. Vietnamese: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Blue KC, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-888-989-8842.

4. German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Blue KC haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-888-989-8842 an.

5. Korean: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Blue KC에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-888-989-8842로 전화하십시오.

6. Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ຫຼີນີທຸ່ນທ່ານກ່າວວ່າຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ມ ຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Blue KC, ທ່ານມາສິດທິ ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຄະແມ້ນູຊ່ວຍສາມາດ ເປັນພາສາຂອງທ່ານບໍ່ມີ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ການໂອນມາກັບພາສາພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-888-989-8842.

7. Arabic: إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Blue KC ، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-888-989-8842.

8. Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Blue KC, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-888-989-8842.

9. French: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Blue KC, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-888-989-8842.

10. Russian: Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Blue KC, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-888-989-8842.

11. Persian: اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید، سوال در مورد Blue KC، داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. 1-888-989-8842 تماس حاصل نمایید.

12. Serbo-Croatian: Ukoliko Vi ili neko kome Vi pomazete ima pitanje o Blue KC, imate pravo da besplatno dobijete pomoć i informacije na Vašem jeziku. Da biste razgovarali sa prevodiocem, nazovite 1-888-989-8842.

13. Pennsylvania Dutch: "Wann du hoscht en Froog, odder ebber, wu du helpscht, hot en Froog baut Blue KC, hoscht du es Recht fer Hilf un Information in deinre eegne Schprooch grieg, un die Hilf koschtet nix. Wann du mit me Interpreter schwetze witt, kantscht du 1-888-989-8842 uffrufe.

14. Cushite: Isin yookan namni biraa isin deeggartan Blue KC irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa 1-888-989-8842 tiin bilbilaa.

15. Portuguese: Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Blue KC, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-888-989-8842.

For TTY services, please call 1-816-842-5607.

PAYMENT METHOD

Please remember to enclose correct premium payment. Make checks payable to BCBS of KC.

- With Electronic Funds Transfer, your premium is automatically deducted from your checking account every month.
 - Your first premium will be processed immediately upon approval.
 - Your premium will be paid automatically, on time, each and every month.
 - **For future payments, your account will be drafted on the 5th of each month or next business day.**
- Please debit my account automatically each month for the full premium amount due.

NAME: _____ SOCIAL SECURITY NO: _____

NAME OF BANK _____ NAME ON ACCOUNT _____

ROUTING NUMBER (9 digit #) _____ BANK ACCOUNT # _____

Yes, I want Electronic Funds Transfer.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

CREDIT CARD AUTHORIZATION: We offer the convenience of paying by credit card. Payment by credit card can be accepted for a payment of one or more premiums; or with your signed authorization, we can automatically charge your credit card for your full premium each month. To pay by credit card, select one of the following options (*all information must be complete for processing*):

- Please charge my credit card automatically each month for the full premium amount due.
I understand that my credit card will be charged each month on the 5th day of the month or next business day.

Choose only one: Visa Master Card

Account Number: _____ Expiration Date: _____ CVV Code: _____

Billing Address: _____

Account Name: _____ Signature: _____

NOTE: To cancel your automatic credit card authorization, your request must be received 10 days prior to your credit card withdrawal date.

**FOR AGENT
USE ONLY**

Agent's Full Name	Agent #	Telephone #
Address	City	State Zip
E-Mail Address		