



**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 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.				

\* 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 Plus 1000 (\$1,000/\$3,000)
  Short Term Plus 5000 (\$5,000/\$15,000)
- Short Term Plus 2500 (\$2,500/\$7,500)
  Short Term Plus 10000 (\$10,000/\$30,000)

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 preexistentes no tendrán cobertura; (3) la cobertura según el presente contrato finalizará en el último día del duodécimo 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 mantendrá 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.)

Si un corredor o agente proporcionó servicios asociados con su selección e inscripción en un contrato de Seguridad a Corto Plazo de Blue KC, ese corredor o agente recibirá una compensación directa del 15%.

Firma del solicitante:	Firma del cónyuge:
Nombre impreso:	Nombre impreso del cónyuge:
Fecha:	Fecha:
Firmado en: Ciudad, Estado:	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:
<p>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.</p> <p>Blue KC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofrece recursos gratuitos y servicios a personas con discapacidades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, como:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intérpretes calificados en lenguaje de señas, o</li> <li>• Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos);</li> </ul> </li> <li>- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intérpretes calificados, o</li> <li>• Información escrita en otros idiomas.</li> </ul> </li> </ul> <p>Si usted necesita alguno de estos servicios, llame al servicio de atención al cliente, 844-395-7126 (línea gratuita), <a href="mailto:languagehelp@bluekc.com">languagehelp@bluekc.com</a>. 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 el departamento de apelaciones, PO Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169, 816-395-3537, TTY: 816-842-5607, <a href="mailto:APPEALS@bluekc.com">APPEALS@bluekc.com</a>. Puede presentar dicha queja de manera personal, por correo postal o correo electrónico. Si necesita asesoramiento para presentar una queja, el 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 <a href="https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf">https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf</a>, 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)</p> <p>Los formularios de reclamos están disponibles en <a href="http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html">http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html</a>.</p>		
<p>NECESITA ESTA COMUNICACIÓN EN OTRO IDIOMA?</p> <p>To obtain assistance in a language other than English, call 1-888-989-8842.</p> <p>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.</p> <p>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。</p> <p>Para los servicios de TTY, llame 1-816-842-5607.</p>		

## 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		