



## 7 ACUERDO Y FIRMAS (LEA, FIRME Y COLOQUE LA FECHA)

Hay una limitación de Condición Preexistente en las coberturas disponibles del Plan (excepto en la cobertura Dental). Una Condición Preexistente es una condición (ya sea física o mental), sin importar la causa de la misma, para la cual se recomendó o recibió consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico durante el período de seis meses que termina en la fecha de inscripción. Una Condición Preexistente no se aplicará a embarazo o a un recién nacido o hijo adoptado de menos de 18 años, siempre que el hijo obtenga cobertura bajo el Contrato/ Acuerdo dentro de los 31 días del nacimiento o adopción. La longitud del período de limitación de Condición Preexistente es de 12 meses a partir de la fecha de inscripción para Inscritos a Tiempo y Especiales, y de 18 meses para Inscritos Tardíos. El período de espera para la limitación de Condición Preexistente puede disminuirse en el número de días que usted (y/o su cónyuge, y/o dependientes) estuvieron cubiertos bajo otro(s) plan(es) previo(s) de seguro de salud en caso que no haya más de 63 días en la interrupción de la cobertura, excluyendo su período de espera, si lo hay. Para realizar esto usted puede requerir un formulario de Certificado de Cobertura al(los) plan(es) o compañía(s) de salud anterior(es) y enviarlo a nuestro Departamento de Servicios de Inscripción. Después de haber determinado la cantidad de cobertura anterior acreditable, nosotros le informaremos sobre el crédito de Condición Preexistente en base a su cobertura anterior. Por favor anexe su Certificado de Cobertura, si usted tiene uno en la actualidad.

En nombre propio y en el de las personas cuyos nombres aparecen en esta solicitud, por la presente solicito cobertura de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (llamado "el Plan") como se estipula en esta solicitud. Concuero en que si mi solicitud es aceptada, la cobertura tendrá vigencia a partir de la fecha de vigencia asignada por el Plan. Concuero además en que ningún cambio en mi cobertura tendrá vigencia hasta que sea aprobado por el Plan. Entiendo que ésta es sólo una solicitud, y que yo no debería cancelar ninguna cobertura existente hasta que se me haya notificado la aprobación, por escrito, por parte del Plan. Si yo he seleccionado cobertura de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, yo nombro a la Junta Directiva de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma como mi abogado verdadero y legítimo para representarme en cualquiera y todas las reuniones de miembros de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma y a votar en mi nombre sobre cualquier tema que surja en dichas reuniones. Sin embargo, yo retengo el derecho a votar en cualquiera y todas las reuniones de miembros.

He leído todas las declaraciones y avisos de esta solicitud y declaro que esos ítems son verdaderos y completos de acuerdo a mi mejor saber y entender. Yo sé que cualquier declaración falsa u omisión de información materiales que se realicen en esta solicitud, pueden constituir base para el retiro de la cobertura de seguro o la negación de una pérdida incurrida durante mi cobertura o la de mi dependiente. Todo agente de seguro, médico examinador, u otra persona que realice una declaración o representación falsa o fraudulenta a sabiendas o voluntariamente en una solicitud de seguro o relativa a la misma, o que realice dicha declaración para obtener un honorario, comisión, dinero o beneficio, será culpable de falta de acuerdo al TÍTULO 36, SECCIÓN 1204 de los Estatutos del Estado de Oklahoma.

Autorizo a mi empleador, como agente mío, a deducir el monto de los cargos de mis ingresos o salario con el propósito de pagar mis cargos de afiliación al Plan.

Entiendo que si mi solicitud es manejada por medio de un gestor o agente, autorizo a que ese gestor o agente reciba y revise mi solicitud, la cual puede contener información médica sobre mí o sobre otros miembros familiares enumerados en esta solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE (EMPLEADO) - CONCUERDO  
CON TODOS LOS TÉRMINOS DE ESTA SOLICITUD

FECHA DE FIRMA  
MES DÍA AÑO

FIRMA DEL CÓNYUGE - CONCUERDO  
CON TODOS LOS TÉRMINOS DE ESTA SOLICITUD

FECHA DE FIRMA  
MES DÍA AÑO