

SOLICITUD DE PEQUEÑA EMPRESA/ SOLICITUD DE CAMBIO EN LA MEMBRESÍA



BlueCross BlueShield
of Oklahoma



Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma

EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Y EL NRO. DE GRUPO* SON OBLIGATORIOS PARA PROCESAR LA SOLICITUD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

--	--	--	--	--	--	--	--

GRUPO NRO. (*SI HA SIDO ASIGNADO)

--	--	--	--	--	--

SECCIÓN NRO.

--	--	--	--

DEPTO. NRO.

CATEGORÍA _____

SECCIÓN 1. EVENTOS DE INSCRIPCIÓN MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- NUEVO INSCRITO AGREGAR DEPENDIENTE CAMBIAR MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)
 OTROS CAMBIO(S): INDIQUE LOS CAMBIOS EN LA SECCIÓN ADECUADA A CONTINUACIÓN
 CAMBIAR DIRECCIÓN/NOMBRE

¿SOLICITA COBERTURA COMO RESULTADO DE UN EVENTO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN?

NO SÍ, FECHA DEL EVENTO: ____ / ____ / ____

- EVENTO: MATRIMONIO NACIMIENTO
 ADOPCIÓN O ENTREGA EN ADOPCIÓN (CONSULTE LAS INSTRUCCIONES)
 ORDEN JUDICIAL (CONSULTE LAS INSTRUCCIONES)
 PÉRDIDA DE COBERTURA (PROPORCIONE CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE)
 INSURE OKLAHOMA (O-EPIC)
 OTRO (CONSULTE LAS INSTRUCCIONES) EXPLIQUE: _____

- CANCELACIÓN DE INSCRITO
 CANCELACIÓN DE DEPENDIENTE

CONSIGNE LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE CANCELAN SU COBERTURA EN LA SECCIÓN 4 A CONTINUACIÓN

- EVENTO: DIVORCIO MUERTE
 FINALIZACIÓN DEL EMPLEO
 OTRO

INDIQUE LA FECHA DEL EVENTO: ____ / ____ / ____

RECHAZO DE LA COBERTURA (CONSULTE LA SECCIÓN 9)

SECCIÓN 2. CUÉNTENOS SOBRE USTED

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) / /	NRO. DE TELÉFONO PARTICULAR	
DIRECCIÓN PARTICULAR: CALLE Y NRO.		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NRO. DE TELÉFONO LABORAL	
NOMBRE DEL EMPLEADOR				FECHA DE EMPLEO (MM/DD/AAAA) / /		¿TRABAJA 24 HORAS O MÁS POR SEMANA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NRO. DE SEGURO SOCIAL -		SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	NOMBRE DEL PCP DEL SOLICITANTE (SÓLO HMO)			NRO. DE PCP	NUEVO PACIENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SECCIÓN 3. ELIJA SU COBERTURA

INSCRITOS (ELIJA UNO)	<input type="checkbox"/> EMPLEADO SÓLO <input type="checkbox"/> EMPLEADO/CÓNYUGE <input type="checkbox"/> EMPLEADO/HIJO(S) NO CASADO(S) <input type="checkbox"/> EMPLEADO/CÓNYUGE/HIJO(S) NO CASADO(S)	COBERTURA (SELECCIONAR UNA)	<input type="checkbox"/> BlueLincs HMO <input type="checkbox"/> BlueChoice® <input type="checkbox"/> BlueOptions® <input type="checkbox"/> BlueOptimize™	<input type="checkbox"/> BluePreferred® <input type="checkbox"/> BlueTraditional® <input type="checkbox"/> HSA BLUE	OPCIÓN DE DEDUCIBLE \$ _____ (SI SE ENCUENTRA DISPONIBLE MÁS DE UNA OPCIÓN)
-----------------------	---	-----------------------------	---	---	--

SECCIÓN 4. CUÉNTENOS SOBRE SUS DEPENDIENTES SELECCIONE UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (SÓLO HMO/SECCIONES SOMBRADAS DE COLOR AZUL)

NOMBRE DEL DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> ESPOSO <input type="checkbox"/> ESPOSA		NOMBRE DEL PCP DEL DEPENDIENTE (SÓLO HMO)		NRO. DE PCP (SÓLO HMO)	¿PACIENTE NUEVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NRO. DE SEGURO SOCIAL DEL DEPENDIENTE -	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) / /	DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE): CALLE Y NRO.		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> HIJO/HIJASTRO <input type="checkbox"/> HIJA/HIJASTRA <input type="checkbox"/> OTRO _____		NOMBRE DEL PCP DEL DEPENDIENTE (SÓLO HMO)		NRO. DE PCP (SÓLO HMO)	¿PACIENTE NUEVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NRO. DE SEGURO SOCIAL DEL DEPENDIENTE -	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) / /	DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE): CALLE Y NRO.		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿ES ESTE DEPENDIENTE HIJO NATURAL, HIJASTRO, O HIJO ADOPTIVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES NO, ADJUNTE UNA COPIA DEL DECRETO JUDICIAL FIRMADO		SI EL DEPENDIENTE NO ES SU HIJO NATURAL, HIJASTRO NI HIJO ADOPTIVO, ¿ES USTED (O SU CÓNYUGE) LEGAL Y FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR ÉL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			EL DEPENDIENTE, ¿ESTÁ CASADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> HIJO/HIJASTRO <input type="checkbox"/> HIJA/HIJASTRA <input type="checkbox"/> OTRO _____		NOMBRE DEL PCP DEL DEPENDIENTE (SÓLO HMO)		NRO. DE PCP (SÓLO HMO)	¿PACIENTE NUEVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NRO. DE SEGURO SOCIAL DEL DEPENDIENTE -	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) / /	DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE): CALLE Y NRO.		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿ES ESTE DEPENDIENTE HIJO NATURAL, HIJASTRO, O HIJO ADOPTIVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES NO, ADJUNTE UNA COPIA DEL DECRETO JUDICIAL FIRMADO		SI EL DEPENDIENTE NO ES SU HIJO NATURAL, HIJASTRO NI HIJO ADOPTIVO, ¿ES USTED (O SU CÓNYUGE) LEGAL Y FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR ÉL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			EL DEPENDIENTE, ¿ESTÁ CASADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> HIJO/HIJASTRO <input type="checkbox"/> HIJA/HIJASTRA <input type="checkbox"/> OTRO _____		NOMBRE DEL PCP DEL DEPENDIENTE (SÓLO HMO)		NRO. DE PCP (SÓLO HMO)	¿PACIENTE NUEVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NRO. DE SEGURO SOCIAL DEL DEPENDIENTE -	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) / /	DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE): CALLE Y NRO.		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿ES ESTE DEPENDIENTE HIJO NATURAL, HIJASTRO, O HIJO ADOPTIVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES NO, ADJUNTE UNA COPIA DEL DECRETO JUDICIAL FIRMADO		SI EL DEPENDIENTE NO ES SU HIJO NATURAL, HIJASTRO NI HIJO ADOPTIVO, ¿ES USTED (O SU CÓNYUGE) LEGAL Y FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR ÉL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			EL DEPENDIENTE, ¿ESTÁ CASADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

SECCIÓN 5. ESTUDIANTES MAYORES DE 19 AÑOS

Complete esta sección para todos los dependientes mencionados anteriormente que solicitan cobertura y son mayores de 19 y menores de 23 años de edad (u otro límite de edad según lo especificado en su contrato) y que además son estudiantes de tiempo completo en una universidad, colegio o escuela acreditada.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (NOMBRE, APELLIDO)	NOMBRE DE LA ESCUELA, CIUDAD, ESTADO	SEMESTRE ACTUAL EN EL QUE ESTÁ INSCRITO <input type="checkbox"/> PRIMAVERA <input type="checkbox"/> OTOÑO <input type="checkbox"/> VERANO	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> PROGRAMA DE POSGRADO	CANTIDAD DE HORAS
NOMBRE DEL ESTUDIANTE (NOMBRE, APELLIDO)	NOMBRE DE LA ESCUELA, CIUDAD, ESTADO	SEMESTRE ACTUAL EN EL QUE ESTÁ INSCRITO <input type="checkbox"/> PRIMAVERA <input type="checkbox"/> OTOÑO <input type="checkbox"/> VERANO	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> PROGRAMA DE POSGRADO	CANTIDAD DE HORAS
NOMBRE DEL ESTUDIANTE (NOMBRE, APELLIDO)	NOMBRE DE LA ESCUELA, CIUDAD, ESTADO	SEMESTRE ACTUAL EN EL QUE ESTÁ INSCRITO <input type="checkbox"/> PRIMAVERA <input type="checkbox"/> OTOÑO <input type="checkbox"/> VERANO	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> PROGRAMA DE POSGRADO	CANTIDAD DE HORAS
NOMBRE DEL ESTUDIANTE (NOMBRE, APELLIDO)	NOMBRE DE LA ESCUELA, CIUDAD, ESTADO	SEMESTRE ACTUAL EN EL QUE ESTÁ INSCRITO <input type="checkbox"/> PRIMAVERA <input type="checkbox"/> OTOÑO <input type="checkbox"/> VERANO	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> PROGRAMA DE POSGRADO	CANTIDAD DE HORAS

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA ANTERIOR U OTRA

Para recibir crédito por períodos de espera por enfermedad preexistente, debe proporcionarse información por los últimos 12 meses de cobertura (18 meses en caso de inscritos fuera de término) sobre usted y cualquier dependiente mencionado. Si tiene un certificado de cobertura acreditable anterior, adjunte una copia a esta solicitud de inscripción. Si hay más de un plan en vigencia, o si la información de los dependientes es diferente, adjunte más páginas. (Excepción: los inscritos en HMO no deben proporcionar información sobre condiciones preexistentes). La información de su cobertura actual es necesaria para coordinar los beneficios si cuenta con otra cobertura que no es reemplazada por esta cobertura, si es aprobada. Si está cubierto por Medicare, complete la Sección 7.

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA ANTERIOR	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) / /	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	NRO. DE GRUPO O NRO. DE IDENTIFICACIÓN/PÓLIZA
NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE EMPLEO (MM/DD/AAAA) / /	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA (MM/DD/AAAA) / /	¿CONTINUARÁ LA COBERTURA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES NO, FECHA DE CANCELACIÓN PREVISTA / /	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS, TPA (ADMINISTRADOR EXTERNO), HMO	TIPO DE COBERTURA <input type="checkbox"/> MÉDICA <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICA <input type="checkbox"/> PATROCINADA POR EL EMPLEADOR <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL		TIPO DE PÓLIZA <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> EMPLEADO/CÓNYUGE <input type="checkbox"/> EMPLEADO/HIJO	

ENUMERE TODOS LOS DEPENDIENTES CUBIERTOS POR LA EMPRESA ASEGURADORA ANTERIOR O POR OTRA EMPRESA

SECCIÓN 7. INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA MEDICARE

NOMBRE DE LA PERSONA CUBIERTA:	<input type="checkbox"/> FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE MEDICARE A (HOSPITAL): / / <input type="checkbox"/> FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE MEDICARE B (MÉDICA): / /	NRO. DE MEDICARE (DE LA TARJETA DE MEDICARE)
NOMBRE DE LA PERSONA CUBIERTA:	<input type="checkbox"/> FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE MEDICARE A (HOSPITAL): / / <input type="checkbox"/> FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE MEDICARE B (MÉDICA): / /	NRO. DE MEDICARE (DE LA TARJETA DE MEDICARE)

INDIQUE LA RAZÓN DE ELEGIBILIDAD DE MEDICARE LE CORRESPONDE POR EDAD LE CORRESPONDE POR DISCAPACIDAD LE CORRESPONDE POR ETAPA FINAL DE UNA ENFERMEDAD RENAL LE CORRESPONDE POR DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD RENAL ACTUAL

SECCIÓN 8. DEPENDIENTE DISCAPACITADO

NOMBRE DEL DEPENDIENTE DISCAPACITADO	TIPO DE DISCAPACIDAD
¿LA DISCAPACIDAD SE DIAGNOSTICÓ COMO PERMANENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI ES TEMPORAL, ¿CUÁNTO TIEMPO SE CALCULA QUE EL DEPENDIENTE ESTARÁ DISCAPACITADO?
¿EL DEPENDIENTE NO PUEDE TRABAJAR DEBIDO A LA DISCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL CONSIDERA DISCAPACITADO AL DEPENDIENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, PROPORCIONE UNA COPIA DE LA DETERMINACIÓN DEL SEGURO SOCIAL

SECCIÓN 9. RECHAZO DE LA COBERTURA MÉDICA

ME HAN OFRECIDO LA COBERTURA DE UN PLAN BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF OKLAHOMA O BLUEINCS HMO, Y HE ELEGIDO RECHAZAR LA COBERTURA BAJO ESTA OPCIÓN DE BENEFICIOS. LOS DOCUMENTOS DE LA SECCIÓN 9 COMPLETOS Y MI DECISIÓN ME PERMITIRÁN INSCRIBIRME EN EL PROGRAMA COMO UN INSCRITO ESPECIAL EN EL FUTURO DE ACUERDO CON REGLAMENTACIONES FEDERALES. LA LEGISLACIÓN PARA SEGUROS MÉDICOS DE LOS PEQUEÑOS EMPLEADORES DE OKLAHOMA TAMBIÉN REQUIERE QUE SE COMPLETE ESTA SECCIÓN. LEA LA SECCIÓN 11, NOTIFICACIONES, ACUERDOS Y FIRMAS, QUE EXPLICA EL CONCEPTO DE INSCRITOS EN TÉRMINO Y ESPECIALES, Y FIRME Y FECHÉ EL DOCUMENTO.

NOMBRE <input type="checkbox"/> EMPLEADO	RAZÓN DEL RECHAZO: <input type="checkbox"/> NO ESTOY INSCRITO EN NINGÚN PLAN DE COBERTURA MÉDICA, PERO NO DESEO ESTA COBERTURA <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA GRUPAL <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> OTRO, EXPLIQUE:
NOMBRE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	RAZÓN DEL RECHAZO: <input type="checkbox"/> NO ESTOY INSCRITO EN NINGÚN PLAN DE COBERTURA MÉDICA, PERO NO DESEO ESTA COBERTURA <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA GRUPAL <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> OTRO, EXPLIQUE:
NOMBRE <input type="checkbox"/> HIJO	RAZÓN DEL RECHAZO: <input type="checkbox"/> NO ESTOY INSCRITO EN NINGÚN PLAN DE COBERTURA MÉDICA, PERO NO DESEO ESTA COBERTURA <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA GRUPAL <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> OTRO, EXPLIQUE:
NOMBRE <input type="checkbox"/> HIJO	RAZÓN DEL RECHAZO: <input type="checkbox"/> NO ESTOY INSCRITO EN NINGÚN PLAN DE COBERTURA MÉDICA, PERO NO DESEO ESTA COBERTURA <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA GRUPAL <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> OTRO, EXPLIQUE:
NOMBRE <input type="checkbox"/> HIJO	RAZÓN DEL RECHAZO: <input type="checkbox"/> NO ESTOY INSCRITO EN NINGÚN PLAN DE COBERTURA MÉDICA, PERO NO DESEO ESTA COBERTURA <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA GRUPAL <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> OTRO, EXPLIQUE:

SECCIÓN 10. DECLARACIÓN DE SALUD

SOLICITANTE ALTURA EXACTA: PIES ____ PULGADAS ____ PESO EXACTO: LIBRAS ____	CÓNYUGE: ALTURA EXACTA: PIES ____ PULGADAS ____ PESO EXACTO: LIBRAS ____
---	--

CUESTIONARIO MÉDICO Conteste estas preguntas médicas (a continuación) por cada persona que solicita la cobertura médica
 Instrucciones: Marque SÍ o NO. Si marca alguno de los casilleros para indicar " SÍ", encierre la condición en un círculo, por ejemplo, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR y proporcione detalles en la sección "DETALLES DE LA HISTORIA CLÍNICA" que aparece a continuación.

1. ¿USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA SOLICITANTE DE COBERTURA HA PRESENTADO UN RECLAMO POR \$5000 O MÁS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? SÍ NO
2. ¿USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA SOLICITANTE DE COBERTURA HA SIDO ASESORADO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES PARA SOMETERSE A UNA CIRUGÍA O TRATAMIENTO MÉDICO QUE TODAVÍA NO SE HA REALIZADO, O HA SIDO HOSPITALIZADO O SOMETIDO A CIRUGÍA EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS? SÍ NO
3. USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA SOLICITANTE DE COBERTURA HA SIDO ASESORADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS POR:
 - A. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, TRASTORNO O ENFERMEDAD CIRCULATORIA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO O ENFERMEDAD CARDÍACA, TRASTORNO O ENFERMEDAD VASCULAR SÍ NO
 - B. CÁNCER, LEUCEMIA, CONDICIÓN CRÓNICA DE LA PIEL, TUMORES, LUPUS, CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD SISTÉMICA SÍ NO
 - C. ESCLEROSIS MÚLTIPLE, OSTEOARTRITIS, TRASTORNOS ARTICULARES, TRASTORNOS MUSCULARES, PARÁLISIS, OTRO TIPO DE ARTRITIS SEVERA, TRASTORNOS DE LA ESPALDA, TRASTORNOS ÓSEOS SÍ NO
 - D. ASMA, TRASTORNOS PULMONARES O RESPIRATORIOS, ENFISEMA SÍ NO
 - E. DIABETES, TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO, TRASTORNO ENDOCRINO Y DEL PÁNCREAS SÍ NO
 - F. SIDA, TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO, VIH POSITIVO, TRASTORNOS SANGUÍNEOS SÍ NO
 - G. HEPATITIS, TRASTORNO O ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO, TRASTORNO RENAL, DESORDEN DE LOS ÓRGANOS REPRODUCTIVOS, TRASTORNO DEL TRACTO URINARIO, TRASTORNO HEPÁTICO, TRASTORNO DEL COLON, TRASTORNO DE LA PRÓSTATA, INFERTILIDAD SÍ NO
 - H. TRASTORNOS CONVULSIVOS/CEREBRALES/DEL SISTEMA NERVIOSO, DEPENDENCIA O ABUSO DE SUSTANCIAS/ DROGAS/ALCOHOL, TRASTORNOS EMOCIONALES/MENTALES SÍ NO
 - I. TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA SÍ NO
 - J. EMBARAZO SÍ NO
 - K. OTRO SÍ NO
4. ¿USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA QUE SOLICITA LA COBERTURA ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA? SÍ NO

DETALLES DE LA HISTORIA CLÍNICA

Si contestó "SÍ" a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione detalles a continuación por cada persona que padezca dicha condición. Si más de una persona padece dicha condición, agregue una entrada diferente por cada uno. Observe el ejemplo de la primera fila. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PADECE DICHA CONDICIÓN (OPCIONAL)	EDAD	SEXO	RELACIÓN CON EL ASEGURADO	DETALLES DEL DIAGNÓSTICO/CONDICIÓN	DETALLES DEL MEDICAMENTO/TRATAMIENTO	FECHA DE TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL
John Doe	12	M	Hijo	Apendicitis	Cirugía para extirpar el apéndice	01/01/99 al 05/01/99	Recuperación completa

SECCIÓN 11. NOTIFICACIONES, ACUERDOS Y FIRMAS

NOTIFICACIÓN: Usted es considerado inscrito a término si el plan recibe su solicitud dentro de los 31 días posteriores a su período de elegibilidad (cuando cualquier grupo se inscribe inicialmente o como una nueva contratación luego de completar un período de espera, si lo hubiere, según lo especificado en el contrato grupal). Si rechaza la inscripción de su cónyuge o sus dependientes debido a otra cobertura de seguro médico, puede, en otro momento, inscribir a su cónyuge o a sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite una inscripción especial dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Los eventos calificadores para esta inscripción especial incluyen finalización del empleo, reducción de horas de trabajo, separación legal, divorcio, muerte, contribuciones del empleador en la otra cobertura que han finalizado, COBRA o cobertura de continuación finalizadas. Si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, podrá inscribirse e inscribir a su cónyuge y a sus dependientes, siempre y cuando solicite una inscripción especial dentro de los 31 días posteriores al evento y proporcione documentación que demuestre la fecha del evento. Si no se inscribe luego de recibir la oferta inicial de esta cobertura (inscrito a término) o no se inscribe como inscrito especial, usted, su cónyuge o sus dependientes podrán solicitarla durante el período de inscripción abierta (31 días antes de la fecha de renovación de su grupo) como inscritos fuera de término.

Existe un límite por enfermedades preexistentes en la cobertura disponible del plan (excepto cobertura BlueLincs HMO). Una condición preexistente es una condición (ya sea física o mental), independientemente de su causa, para la cual se recomendó o proporcionó un dispositivo médico, diagnóstico, atención o tratamiento dentro del período de seis meses que finaliza en la fecha de inscripción. Una condición preexistente no se aplica a embarazo, a un recién nacido ni a un niño adoptado menor de 18 años, siempre y cuando el niño reciba la cobertura según el Contrato/Acuerdo dentro de los 31 días posteriores al nacimiento o la adopción. La duración del período de límite por condición preexistente es de 12 meses luego de la fecha de inscripción para inscritos a término y especiales, y de 18 meses para inscritos fuera de término. El período de espera del límite por condición preexistente podrá reducirse según la cantidad de días que usted (o su cónyuge, o sus dependientes) estuvo cubierto por un plan de seguro médico anterior, si no pasaron más de 63 días de discontinuidad en la cobertura, sin incluir su período de espera, si lo hubiere. Para lograr esto, podrá solicitar un formulario de Certificado de Cobertura a la empresa aseguradora o al plan médico anterior y enviarlo a Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, P.O. Box 3283, Tulsa, OK 74102-3283. Luego de determinar la cantidad de días que obtiene por su cobertura acreditable anterior, le notificaremos su crédito por condición preexistente según dicha cobertura. Adjunte su certificado de cobertura, si actualmente cuenta con uno.



Yo, en mi representación y en la de cualquier persona cuyo nombre aparezca en esta solicitud, por la presente solicito cobertura a Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma o BlueLincs HMO (llamado en este documento el "plan") según lo establecido en esta solicitud. Acepto que si mi solicitud es aceptada, la cobertura entrará en vigencia en la fecha de entrada en vigencia asignada por el plan. Además acepto que cualquier cambio en mi cobertura no se hará vigente hasta que el plan lo apruebe. Entiendo que la presente es solamente una solicitud, y no debo cancelar ninguna cobertura existente hasta que sea notificado de la aceptación, por escrito, del plan.

He leído todas las declaraciones y notificaciones de esta solicitud, y expreso que dichos puntos son exactos y completos a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración errónea u omisión material de información que se haga en esta solicitud podría ser la base para una futura cancelación de la cobertura de seguro o negación de una pérdida en la que incurra durante mi cobertura o la de mis dependientes. Cualquier agente de seguros, médico examinador u otra persona que conozca o intencionalmente haga una declaración falsa o fraudulenta en una solicitud de seguro o en relación a ella, o quien realice dicha declaración para obtener una tarifa, una comisión, dinero o un beneficio será culpable de delito de acuerdo con el TÍTULO 36, SECCIÓN 1204 de los Estatutos Estatales de Oklahoma.

Autorizo a mi empleador, como mi agente, a debitar de mi nómina o salario el monto correspondiente para pagar los cargos del plan.

Entiendo que un corredor o agente administrará mi solicitud, autorizo a dicho corredor o agente a recibir y revisar mi solicitud, la cual contendrá información médica mía y de otros miembros de mi familia mencionados en esta solicitud.

ADVERTENCIA: Será culpable de delito grave, cualquier persona que conscientemente, y con la intención de dañar, estafar o engañar a un asegurador, reclame el monto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa.

FIRMA DEL SOLICITANTE (EMPLEADO) ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS DE ESTA SOLICITUD 	FECHA DE LA FIRMA / /	FIRMA DEL CÓNYUGE ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS DE ESTA SOLICITUD 	FECHA DE LA FIRMA / /
--	------------------------------	---	------------------------------