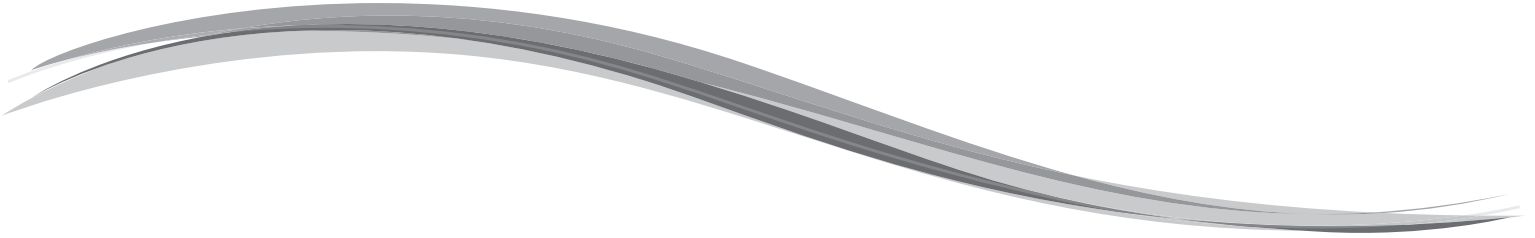


# Formulario de solicitud/ cambio de inscripción para pequeñas empresas



Lea atentamente las instrucciones que figuran en el interior antes de completar este formulario de solicitud/cambio de inscripción.

Una división de Health Care Service Corporation, compañía mutua de reserva legal,  
licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

# INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE SOLICITUD/CAMBIO DE INSCRIPCIÓN PARA PEQUEÑAS EMPRESAS

LEA ATENTAMENTE ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD/CAMBIO DE INSCRIPCIÓN  
Utilice solo un bolígrafo de color negro o azul. Escriba con letra de imprenta clara. No use abreviaturas.

<b>SECCIÓN 1</b>	<p>Marque todos los casilleros que correspondan para indicar si es un nuevo inscrito o si está solicitando un cambio en su cobertura. Indique el evento y la fecha, si corresponde. Complete las secciones adicionales que correspondan a su selección.</p> <p><b>Nuevo inscrito:</b> Complete todas las secciones que correspondan.</p> <p><b>Agregar dependiente:</b> Complete todas las secciones que correspondan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si usted agrega o inscribe a un dependiente debido a adopción o entrega en adopción, debe proporcionar documentos legales.</li><li>• Si usted agrega o inscribe a un dependiente en virtud de una orden judicial, debe enviar una copia de la orden o sentencia judicial.</li><li>• Si solicita la cobertura de un hijo dependiente discapacitado cuya edad es mayor que el límite de edad para dependientes del plan de su Empleador, se requiere un certificado de la Administración del Seguro Social y/o Blue Cross Blue Shield of Oklahoma. Si está certificado como discapacitado por el Seguro Social, adjunte una copia del documento de certificación. Un dependiente discapacitado cuya edad es mayor que el límite de edad para dependientes del plan de su Empleador debe contar con la certificación de aseguramiento médico.</li></ul> <p><b>Cancelar cobertura de miembro inscrito:</b> Complete las secciones 1, 2, 4 y 11. En la Sección 4, incluya el nombre, el número del Seguro Social y la fecha de nacimiento de la(s) persona(s) cuya cobertura desea cancelar.</p> <p><b>Cancelar cobertura de dependiente:</b> Complete las secciones 1, 2, 4 y 11. En la Sección 4, incluya el nombre y la fecha de nacimiento de la(s) persona(s) cuya cobertura desea cancelar.</p> <p><b>Rechazo de cobertura:</b> Complete las Secciones 2, 9 y 11.</p>
<b>SECCIONES 2 Y 3</b>	Complete todas las áreas que se aplican a usted.
<b>SECCIÓN 4</b>	Complete todas las áreas que se aplican a usted y a cada dependiente.
<b>SECCIÓN 5</b>	<p><b>Para HMO únicamente:</b> Las personas que soliciten una cobertura de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) deben seleccionar un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para cada individuo para el que se esté solicitando cobertura. Indique el nombre del médico y el número de proveedor que figuran en el directorio de proveedores o en el buscador de proveedores disponible en <a href="http://www.bcbsok.com">www.bcbsok.com</a>. Asegúrese de marcar la casilla correspondiente en el caso de un paciente nuevo.</p> <p><b>Cambiar médico de atención primaria (PCP):</b> En la Sección 1, marque la casilla "Other Change(s)" [Otro(s) cambio(s)] y luego complete las Secciones 2, 3, 4 y 11. En la Sección 4, incluya el nombre, el número del Seguro Social y la fecha de nacimiento del inscrito o del dependiente, y el nombre y el número del PCP nuevo.</p> <p><b>Cambiar dirección/nombre:</b> En la Sección 1, marque la casilla "Other Change(s)" [Otro(s) cambio(s)] y luego complete las Secciones 1, 2 y 11.</p>
<b>SECCIÓN 6</b>	Complete esta sección si usted solicita cobertura para un hijo dependiente discapacitado cuya edad es mayor que el límite de edad para dependientes del plan de su Empleador. Un dependiente discapacitado debe estar certificado como discapacitado por la Administración del Seguro Social y/o Blue Cross Blue Shield of Oklahoma. Si está certificado como discapacitado por el Seguro Social, adjunte una copia del documento de certificación.
<b>SECCIÓN 7</b>	Complete esta sección salvo que esté solicitando una cobertura de la HMO.
<b>SECCIÓN 8</b>	La cobertura de salud que está solicitando podría tener un período de espera por afecciones preexistentes. Si la primera fecha del contrato o la fecha aniversario del contrato de su cobertura grupal es el 23 de septiembre de 2010 o una fecha posterior, no se aplicará un período de espera por afecciones preexistentes para las personas menores de 19 años. Consulte a su empleador si tiene preguntas acerca de la aplicabilidad del período de espera por afecciones preexistentes para las personas menores de 19 años.
<b>SECCIÓN 9</b>	Complete esta sección si usted o algún dependiente tienen otra cobertura de atención médica a través de un empleador (cobertura grupal) que no se cancelará cuando la cobertura en virtud de esta solicitud entre en vigencia.
<b>SECCIÓN 10</b>	Complete esta sección si usted o cualquiera de sus dependientes están cubiertos por Medicare.
<b>SECCIÓN 11</b>	Complete esta sección si usted desea rechazar la cobertura de salud para usted mismo y sus dependientes. <b>Cualquier persona</b> que rechace la cobertura por cualquier motivo debe completar la Sección 9, no solamente aquellas personas que la rechacen porque tienen otra cobertura.

**NOTIFICACIÓN IMPORTANTE: RECHAZO DE LA COBERTURA DE SALUD**  
Si usted rechaza la inscripción para usted mismo o para sus dependientes (incluido su cónyuge) porque tiene otra cobertura de cuidados de la salud, es posible que, en el futuro, pueda inscribirse o pueda inscribir a sus dependientes en el plan si solicita la inscripción en el término de 31 días después de que finalice su otra cobertura. Además, si usted tiene un nuevo dependiente como consecuencia de haber contraído matrimonio, de un nacimiento, de una adopción o por ser parte en una entrega en adopción, es posible que pueda inscribirse o pueda inscribir a sus dependientes si solicita la inscripción en el término de 31 días después de haber contraído matrimonio, del nacimiento, de la adopción o de la entrega en adopción.

Es posible que los cambios en las leyes o las reglamentaciones estatales o federales, o sus interpretaciones, cambien los términos y condiciones de la cobertura.

Los formularios indicados anteriormente pueden obtenerse ingresando en el sitio web de BCBSOK, [www.bcbsok.com](http://www.bcbsok.com), o puede solicitárselos a su Representante de Comercialización o a su Empleador. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su Representante de Comercialización.

FORMULARIO DE SOLICITUD/CAMBIO DE INSCRIPCIÓN PARA

PEQUEÑAS EMPRESAS



BlueCross BlueShield of Oklahoma



BlueLincs Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma

Grupo N.º

Sección N.º

Depto. N.º

Seguro Social N.º

Grupo N.º

Sección N.º

Depto. N.º

Categoría

**SECCIÓN 1 — EVENTOS DE INSCRIPCIÓN**

MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN — SI DESEA RECHAZAR LA COBERTURA, COMPLETE LAS SECCIONES 2, 9 Y 11 ÚNICAMENTE.

Nuevo inscrito  Agregar dependiente  Inscripción abierta  Otro(s) cambio(s)

¿Está haciendo la solicitud como resultado de un Evento de inscripción especial?

No  Sí, fecha del evento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Evento :  Matrimonio  Nacimiento, adopción, entrega en adopción (proporcionar documentos legales)

Orden judicial (consulte las instrucciones)

Pérdida de otra cobertura (proporcione un Certificado de Cobertura Acreditable)

Insure Oklahoma (sumunstre una carta de aprobación del seguro O-EPIC)

Otro (explique) \_\_\_\_\_

NOTA: Rechazo de cobertura (complete las Secciones 2, 9 y 11)

Cancelar cobertura de miembro inscrito

Cancelar cobertura de dependiente

Indique a continuación, en la Sección 4, los nombres de las personas cuya cobertura se desea cancelar

Evento:  Divorcio  Fallecimiento

Extinción de relación laboral

Otro

Indique la fecha del evento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Cancelar cobertura:  Salud  Dental

**SECCIÓN 2 — INFORMENOS ACERCA DE USTED**

Apellido	1.º nombre	Inic. 2.º nombre (opc.)	Sufijo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Seguro Social N.º
Dirección (de correo) postal - Calle - Depto. N.º		Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono particular/celular N.º		
Nombre del Empleador	Cargo	Teléfono laboral N.º	Fecha de inicio del empleo (MM/DD/AAAA)	En promedio, ¿cuántas horas trabaja a la semana? (Obligatorio)	
Estado de elegibilidad: <input type="checkbox"/> Empleado activo <input type="checkbox"/> Empleado jubilado; fecha de la jubilación: _____ <input type="checkbox"/> Continuación en virtud de COBRA					

**SECCIÓN 3 — SELECCIONE SU COBERTURA**

MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN

<p>Cobertura de salud (seleccione una opción)</p> <p><input type="checkbox"/> BlueLincs HMO <input type="checkbox"/> BluePreferred®</p> <p><input type="checkbox"/> BlueChoice® <input type="checkbox"/> BlueTraditional®</p> <p><input type="checkbox"/> BlueOptions® <input type="checkbox"/> HSA BLUE</p> <p><input type="checkbox"/> BlueOptimize<sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Otro/Plan N.º _____</p>	<p>Inscritos de cobertura de salud (seleccione una opción)</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado únicamente</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado/cónyuge</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado/hijo(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Familia</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo solicitar cobertura de salud</p>	<p>Opción de deducible de salud \$ _____</p> <p>(si hay más de una disponible)</p>	<p>Cobertura dental</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Plan N.º, si lo sabe: _____</p>	<p>Inscritos de cobertura dental (seleccione una opción)</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado únicamente</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado/cónyuge</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado/hijo(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Familia</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo solicitar cobertura dental</p>
---	--	--	--	--

**SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA**

SELECCIONE UN PCP PARA LA COBERTURA DE LA HMO ÚNICAMENTE

Nombre del empleado/inscrito	Nombre del PCP	PCP N.º	¿Paciente nuevo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Nombre del dependiente <input type="checkbox"/> Marido <input type="checkbox"/> Mujer	Nombre del PCP del dependiente	PCP N.º	¿Paciente nuevo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Seguro Social del dependiente N.º	Fecha de nac. (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente) - N.º y calle	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del dependiente: _____ <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible _____	N.º del Seguro Social del dependiente	Nombre del PCP del dependiente	PCP N.º	¿Paciente nuevo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Fecha de nac. (MM/DD/AAAA)	Dirección particular, si es diferente — N.º y calle/ciudad/estado/código postal	¿Es el dependiente un hijo natural, un hijastro o un hijo adoptivo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si la respuesta es No, adjunte una copia de la orden o sentencia judicial.	Si no es su hijo natural, su hijastro ni su hijo adoptivo, ¿es usted (o su cónyuge) el responsable financiero de este dependiente? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Nombre del dependiente: _____ <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible _____	N.º del Seguro Social del dependiente	Nombre del PCP del dependiente	PCP N.º	¿Paciente nuevo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Fecha de nac. (MM/DD/AAAA)	Dirección particular, si es diferente — N.º y calle/ciudad/estado/código postal	¿Es el dependiente un hijo natural, un hijastro o un hijo adoptivo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si la respuesta es No, adjunte una copia de la orden o sentencia judicial.	Si no es su hijo natural, su hijastro ni su hijo adoptivo, ¿es usted (o su cónyuge) el responsable financiero de este dependiente? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Nombre del dependiente: _____ <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible _____	N.º del Seguro Social del dependiente	Nombre del PCP del dependiente	PCP N.º	¿Paciente nuevo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Fecha de nac. (MM/DD/AAAA)	Dirección particular, si es diferente — N.º y calle/ciudad/estado/código postal	¿Es el dependiente un hijo natural, un hijastro o un hijo adoptivo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si la respuesta es No, adjunte una copia de la orden o sentencia judicial.	Si no es su hijo natural, su hijastro ni su hijo adoptivo, ¿es usted (o su cónyuge) el responsable financiero de este dependiente? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

**SECCIÓN 5: DEPENDIENTE DISCAPACITADO**

Nombre del dependiente discapacitado	Naturaleza de la discapacidad
Nombre del dependiente discapacitado	Naturaleza de la discapacidad
Un dependiente discapacitado debe estar certificado como discapacitado por la Administración del Seguro Social y/o Blue Cross Blue Shield of Oklahoma. Si está certificado como discapacitado por el Seguro Social, adjunte una copia del documento de certificación.	

**SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA DE SALUD PREVIA** NO COMPLETAR SI SOLICITA COBERTURA DE UNA HMO

A fin de recibir crédito para períodos de espera por afecciones preexistentes, debe proporcionarse información de los últimos 6 meses de cobertura (18 meses si la cobertura nueva/actual es autofinanciada) de usted y de cualquier dependiente indicado. Si tiene un certificado de cobertura acreditable, adjunte una copia a esta solicitud de inscripción. (Si había más de un plan vigente o si la información de los dependientes es diferente, adjunte páginas adicionales). Si tiene Medicare, complete la información sobre cobertura de Medicare en la Sección 8. Consulte la página de instrucciones para obtener más información.

**Enumere los nombres de todas las personas cubiertas:**

Nombre del titular de la póliza de la cobertura anterior	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente	Grupo o póliza N.º	ID número
Nombre de la compañía de seguros anterior, del tercero administrador (TPA, por sus siglas en inglés), de la HMO:	Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)	Tipo de cobertura <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental	Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Solo empleado <input type="checkbox"/> Empleado/cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/hijo(s) <input type="checkbox"/> Familiar		
Nombre del Empleador:	Fecha de inicio del empleo en virtud de la cobertura anterior (MM/DD/AAAA)	¿Continuará la cobertura? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental Si la respuesta es No, indique la fecha de cancelación prevista (MM/DD/AAAA) _____			

**SECCIÓN 7: INFORMACIÓN SOBRE OTRA COBERTURA**

Complete esta sección solo si usted o alguno de sus dependientes tienen otra cobertura de salud y/o dental **que no se cancelará** cuando la cobertura en virtud de esta solicitud entre en vigencia. **Enumere los nombres de cada persona cubierta:**

Cobertura grupal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección de otra aseguradora	Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)	Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Solo empleado <input type="checkbox"/> Empleado/cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/hijo(s) <input type="checkbox"/> Familiar
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Vínculo con el solicitante <input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente
Nombre del Empleador	Fecha de inicio del empleo (MM/DD/AAAA)	Grupo de Salud N.º	ID de Salud N.º    Grupo Dental N.º    ID Dental N.º

**SECCIÓN 8: INFORMACION SOBRE COBERTURA DE MEDICARE**

Nombre de la persona cubierta:	Fecha de entrada en vigencia de Medicare A (hospitalaria): _____	Fecha de finalización: _____	HIC de Medicare N.º (figura en la tarjeta de Medicare)
	Fecha de entrada en vigencia de Medicare B (médica): _____	Fecha de finalización: _____	
	Fecha de entrada en vigencia de Medicare D (medicinas): _____	Fecha de finalización: _____	
	Contratista de Medicare D (medicinas): _____		

Indique el motivo de elegibilidad para la cobertura de Medicare:  Edad elegible  Discapacidad elegible  Enfermedad renal en etapa terminal  Discapacidad y enfermedad renal actual

Nombre de la persona cubierta:	Fecha de entrada en vigencia de Medicare A (hospitalaria): _____	Fecha de finalización: _____	HIC de Medicare N.º (figura en la tarjeta de Medicare)
	Fecha de entrada en vigencia de Medicare B (médica): _____	Fecha de finalización: _____	
	Fecha de entrada en vigencia de Medicare D (medicinas): _____	Fecha de finalización: _____	
	Contratista de Medicare D (medicinas): _____		

Indique el motivo de elegibilidad para la cobertura de Medicare:  Edad elegible  Discapacidad elegible  Enfermedad renal en etapa terminal  Discapacidad y enfermedad renal actual

**SECCION 9: RECHAZO DE COBERTURA**

En virtud de la presente sección, certifico que se me ha explicado la cobertura disponible. Se me ha brindado la oportunidad de solicitar la cobertura que se me ofreció a mí y a mis dependientes elegibles, y he elegido, de manera voluntaria, rechazar la cobertura, según se indica a continuación. Si deseo solicitar una cobertura más adelante, comprendo que es posible que haya una demora en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, así como en el período de espera por afecciones preexistentes.

Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Motivo del rechazo de la cobertura de salud: <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud grupal; Aseguradora: _____ <input type="checkbox"/> Indian Health Services <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud individual; Aseguradora: _____ <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____ <input type="checkbox"/> No estoy inscrito en ningún plan de seguro de salud; sin embargo, no deseo esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Motivo del rechazo de la cobertura dental: <input type="checkbox"/> Otra cobertura dental grupal <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Indian Health Services <input type="checkbox"/> Cobertura dental individual <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____ <input type="checkbox"/> No estoy inscrito en ningún plan de seguro dental; sin embargo, no deseo esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Cónyuge	Motivo del rechazo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud grupal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Indian Health Services <input type="checkbox"/> Cobertura dental individual <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____ <input type="checkbox"/> No estoy inscrito en ningún plan de seguro de salud; sin embargo, no deseo esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Hijo	Motivo del rechazo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud grupal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Indian Health Services <input type="checkbox"/> Cobertura dental individual <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____ <input type="checkbox"/> No estoy inscrito en ningún plan de seguro de salud; sin embargo, no deseo esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Hijo	Motivo del rechazo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud grupal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Indian Health Services <input type="checkbox"/> Cobertura dental individual <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____ <input type="checkbox"/> No estoy inscrito en ningún plan de seguro de salud; sin embargo, no deseo esta cobertura.

**SECCIÓN 10 – DECLARACIÓN DE SALUD**

**Solicitante** Estatura exacta: Pies \_\_\_\_\_ Pulgadas \_\_\_\_\_  
 Peso exacto: Libras \_\_\_\_\_

**Cónyuge** Estatura exacta: Pies \_\_\_\_\_ Pulgadas \_\_\_\_\_  
 Peso exacto: Libras \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO MÉDICO** Responda estas preguntas sobre salud (a continuación) por cada persona que solicite cobertura de salud.

Instrucciones: Marque  Sí  No. Si marca “ Sí” en alguna casilla, marque con un círculo la afección, p. ej., ACCIDENTE CEREBROVASCULAR y proporcione detalles en la sección “DETALLES DE LOS ANTECEDENTES MÉDICOS” a continuación.

1. ¿Han tenido usted o algún familiar que solicite cobertura una reclamación de \$5000 o más en los últimos 12 meses?  Sí  No
2. ¿Se les ha aconsejado a usted o a algún familiar que solicite cobertura someterse a cirugía o tratamiento médico en los últimos 6 meses, cuya cirugía o tratamiento médico todavía no se ha realizado, o han sido hospitalizados o se han sometido a cirugía en los últimos 3 años?  Sí  No
3. ¿Usted o algún familiar que solicita cobertura han recibido asesoramiento, diagnóstico o tratamiento, en los últimos cinco años, respecto de las siguientes afecciones?
  - A. Accidente cerebrovascular, enfermedad o trastorno circulatorios, presión arterial alta, enfermedad o trastorno cardíacos, enfermedad o trastorno vasculares  Sí  No
  - B. Cáncer, leucemia, afección cutánea crónica, tumores, lupus, cualquier otra enfermedad sistémica  Sí  No
  - C. Esclerosis múltiple, osteoartritis, trastornos articulares, trastornos musculares, parálisis, otra artritis severa, trastornos de la columna, trastornos óseos  Sí  No
  - D. Asma, trastornos respiratorios y pulmonares, enfisema  Sí  No
  - E. Diabetes, trastornos del crecimiento, páncreas, trastorno endócrino  Sí  No
  - F. SIDA, trastornos del sistema inmunitario, prueba de VIH positiva, trastornos sanguíneos  Sí  No
  - G. Hepatitis, enfermedad o trastorno del aparato digestivo, trastorno renal, trastorno de los órganos reproductores, trastorno de las vías urinarias, trastorno hepático, trastorno del colon, trastorno de la próstata, infertilidad  Sí  No
  - H. Trastornos del sistema nervioso/cerebrales/convulsivos, abuso o dependencia de alcohol/drogas/sustancias, trastornos mentales/emocionales  Sí  No
  - I. Trasplante de órganos, trasplante de médula ósea  Sí  No
  - J. Embarazo  Sí  No
  - K. Otro  Sí  No
4. ¿Usted o alguna mujer que sea familiar que solicite cobertura están embarazadas en la actualidad?  Sí  No

**Detalles de los antecedentes médicos**

Si ha respondido “Sí” a cualquiera de las preguntas precedentes, proporcione detalles a continuación por cada persona que tenga la afección. Si más de una persona tiene la afección, agregue una entrada separada para cada persona. Vea el ejemplo en la primera línea. Adjunte una hoja adicional si fuera necesario.

Nombre de la persona que tiene la afección (opcional)	Edad	Sexo	Vínculo con el asegurado	Detalles de la afección/del pronóstico	Detalles del tratamiento/de los medicamentos	Fecha(s) del tratamiento	Estado actual
Juan Pérez	12	M	Hijo	Apendicitis	Cirugía para extirpar el apéndice	10/21/10 al 10/23/10	Recuperación total

**SECCIÓN 11: CONDICIONES DE LA COBERTURA**

- Soy empleado del Empleador indicado en esta Solicitud de Inscripción. Soy elegible para participar en la(s) cobertura(s) ofrecida(s) por el plan de mi Empleador, que no es (son) proporcionada(s) ni administrada(s) por Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK). En mi nombre y en nombre de cualquier dependiente indicado en esta Solicitud de Inscripción, solicito esa(s) cobertura(s), para la(s) cual(es) soy elegible. Declaro que la información proporcionada en esta Solicitud de Inscripción es cierta y correcta. Comprendo y acepto que cualquier declaración falsa intencional de un hecho importante efectuada por mí invalidará mi(s) cobertura(s).
- Solo tendré disponibles la(s) cobertura(s) y los montos para los cuales soy elegible. Comprendo que, si se acepta esta Solicitud de Inscripción, la(s) cobertura(s) entrarán en vigencia de acuerdo con las disposiciones del (de los) Contrato(s)/Plan(es).
- En el caso de las personas de 19 años o más, comprendo que es posible que la cobertura de salud que estoy solicitando tenga un período de espera de exclusión por afecciones preexistentes. (No se aplica a la HMO).
- Acepto que mi Empleador actúe como mi agente. Autorizo a mi Empleador, si lo hubiera, a realizar la deducción salarial necesaria para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s).
- Entiendo que mi participación en la(s) cobertura(s) está sujeta a cualquier enmienda futura. También comprendo que todas las notificaciones cursadas a mi Empleador se aplican a mi persona.

**ADVERTENCIA:** CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIDENDAS Y CON EL PROPÓSITO DE DAMNIFICAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADOR, HACE ALGUNA RECLAMACIÓN POR LOS FONDOS DE UNA PÓLIZA DE SEGURO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_