

SOLICITUD DE SEGURO DE GRUPO PARA EMPLEADOS con CUESTIONARIO MÉDICO

Escriba claramente y llene todo el formulario con un bolígrafo.

Marque la casilla apropiada y llene los espacios en blanco que aparecen a continuación.

Arkansas Blue Cross and Blue Shield Health Advantage

Núm. de Grupo _____ Empresa _____ Núm. de Identificación _____

**Group Administrator
Use Only**
Multi-option: which

¿Está renunciando el empleado a la cobertura del plan? Sí No De ser sí, llene las Secciones 2, 6 y 10 solamente.

FOR OFFICE USE ONLY

Fecha de Inicio a Tiempo Completo			<input type="checkbox"/> Fecha de Vigencia de COBRA			<input type="checkbox"/> Fecha Terminación de COBRA			Razón por la cual recibe beneficios de COBRA:	C/T	PKG
Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año		DATE	EFF DATE
¿Es usted un empleado actual, activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser no, fecha de jubilación: _____										UND	OTH

SECCIÓN 1 | ELEGIBILIDAD PARA OBTENER LA PÓLIZA DE SEGURO

A continuación, marque todas las casillas aplicables que corroboren su elegibilidad, proporcione la fecha del evento de vida que califica y la documentación pertinente.

<input type="checkbox"/> 1-Período de Inscripción Abierta Anual	Date	_____	<input type="checkbox"/> 6-Matrimonio	Date	_____
<input type="checkbox"/> 2-Se Inscribe por Nueva Contratación			<input type="checkbox"/> 7-Nueva Adopción		_____
<input type="checkbox"/> 3-Se inscribe por Primera Vez- Seguro de Vida Solamente (Omita la Sección 7)			<input type="checkbox"/> 8-Nueva Tutela (Guardianship)/Custodia Legal /Orden Judicial de Agregar a un Menor		_____
<input type="checkbox"/> 4-Pérdida Cobertura Esencial Mínima	_____		<input type="checkbox"/> 9-Otra Razón: Por Ej. Contratado Otra Vez, ACA (razón específica)		_____
<input type="checkbox"/> 5-Recién Nacido	_____				

IMPORTANTE: De no recibirse la solicitud durante el Período de Inscripción Abierta, deberemos recibir la documentación apropiada conjuntamente con esta Solicitud para poder confirmar el evento de vida que lo califica/período de elección especial (es decir, copia del certificado de matrimonio, Certificado de Cobertura Acreditable emitido por la compañía de seguros anterior, documentos de tutela/custodia legal, etc.).

SECCIÓN 2 | SOLICITANTE(S) *Llene esta sección con información de todos los miembros de la familia cubiertos o exentos.*

IMPORTANTE: A los dependientes de grupos pequeños (de empresas con 50 empleados o menos), no se les exige que llenen esta sección si están renunciando a la cobertura.

Cobertura Deseada: Empleado Solamente Empleado y Cónyuge Empleado e Hijo(s) Empleado, Cónyuge e Hijo(s)

En la columna de parentesco que aparece a continuación, indique si los hijos dependientes son naturales, hijastros o hijos adoptados.

Primer Nombre	Inicial del Segundo	Apellido	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Renuncia a la Cobertura (✓)	Cantidad (\$) del Crédito de Deducible Presentado	Médico de Cuidado Primario (PCP)	Núm. de Identificación del PCP (NPI#)	¿Era este su médico regular?
			Yo mismo(a)								Si/No
											Si/No
											Si/No
											Si/No
											Si/No
											Si/No
											Si/No

*El crédito de deducible está disponible para nuevas inscripciones de grupo con Arkansas Blue Cross (no para Health Advantage), pero sólo si la persona lo pide en esta solicitud inicial.

SECCIÓN 3 | ESTADO CIVIL

Soltero (incluyendo a las personas viudas o divorciadas) Casado (incluyendo a las personas separadas)

SECCIÓN 4 | INFORMACIÓN DE CONTACTO

Núm. y Nombre de la Calle o Apartado Postal (P.O. Box) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Núm. de Teléfono Principal () _____ Núm. de Teléfono en el Trabajo () _____ Dirección de Correo Electrónico _____

SECCIÓN 5 | INFORMACIÓN ACTUAL DE EMPLEO

Cargo _____ Identificación fiscal* (Número de identificación del empleado) _____
 * Por informar de 1095
 Por horas Horas que trabaja por semana _____ Por salario Otro _____

SECCIÓN 6 | RENUNCIA A LA INSCRIPCIÓN

Debe llenarse si un empleado elegible y/o los miembros elegibles de su familia rehúsan o rechazan la cobertura.

1. Rehusando cobertura médica para: <input type="checkbox"/> Mí <input type="checkbox"/> Mi cónyuge <input type="checkbox"/> Mis dependientes	<input type="checkbox"/> Cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge – Nombre y Núm. de ID de la Compañía de Seguros:		
	<input type="checkbox"/> Inscrito en otros planes de seguros – Nombre y Núm. de ID de la Compañía de Seguros:		
	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Cubierto por TRICARE o CHAMPVA
	Otro (Explique): _____		

Por medio de la presente, certifico que: (1) Se me ha brindado la oportunidad de solicitar la cobertura disponible a través de la empresa para la cual trabajo, bajo la póliza de seguro aplicable. Me han explicado completamente las coberturas y la póliza de seguro y yo rehúso la oportunidad de solicitar cobertura para mí y/o para mis dependientes, mencionados anteriormente; y (2) Comprendo que si me rechazo a solicitar cobertura ahora y lo hago posteriormente, aplazarán mi solicitud hasta el período de inscripción abierta correspondiente.

SECCIÓN 7 | INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO ACTUAL/ ANTERIOR

(Deberá llenar esta sección para que se pueda procesar su solicitud de inscripción.)

Para la cobertura anterior o continua, proporcione la siguiente información:
(Si está cubierto por más de un plan de seguro, utilice una hoja de papel adicional.)

Compañía de Seguros	Dirección	Número de Teléfono
Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Número de Identificación del Miembro

Haga una lista con la siguiente información para todos los miembros de la familia que estén cubiertos por esta póliza de seguro. (Indique cuáles de ellos no residen en su vivienda, utilizando para ello el símbolo ✓)

Primer Nombre	Apellido	Parentesco	✓	Fecha de Vigencia de la Cobertura	Fecha de Terminación de la Cobertura

¿Es usted responsable por proporcionarles cobertura primaria de seguro médico a los miembros de la familia mencionados anteriormente? Sí No
 De no ser no su respuesta, indique el nombre de la persona responsable: _____

Sí No El día que comience la cobertura, ¿estará alguno de los miembros de su familia cubierto por **Medicare**?
De ser sí su respuesta, conteste todas las preguntas que aparecen a continuación. (Use una hoja de papel adicional, si es necesario.)

De ser sí su respuesta, proporcione la siguiente información:
 Razón por la cual está cubierto por Medicare: Mayor de 65 años Incapacitado Padece de Enfermedad Renal

Nombre del Beneficiario de Medicare: _____ Parentesco del Beneficiario con el Asegurado: _____

Número del Contrato de Identificación Médica de Medicare (Medicare Health Identification Contract o HIC, por sus siglas en inglés): _____

Tipo de Cobertura de Medicare (marque todo lo que aplique): Medicare Parte A, Fecha de Vigencia: _____ Medicare Parte B, Fecha de Vigencia: _____

SECCIÓN 8 | SEGURO DE VIDA (Emitido por USABLE Life si lo adquiere a través de la empresa para la cual trabaja.)

USABLE Life es una empresa independiente y opera aparte de Arkansas Blue Cross and Blue Shield y de Health Advantage. USABLE Life no vende ni presta servicios de productos de Arkansas Blue Cross and Blue Shield o de Health Advantage. USABLE Life es únicamente responsable por seguros de vida.

Por la presente, designo al beneficiario o beneficiarios mencionados a continuación bajo este certificado y revoco la designación de todo beneficiario existente.

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Parentesco

SECCIÓN 9 | INFORMACIÓN MÉDICA

El empleado deberá contestar, de su puño y letra (con bolígrafo), todas las preguntas que aparecen a continuación en relación con cada una de las personas que estén solicitando cobertura. De ser necesario, utilice una hoja aparte. Firme, feche y anéxela al cuestionario.

En los últimos 5 años, ¿le han diagnosticado o recomendado tratamiento o cuidado médico, a alguna de las personas a asegurarse, por cualquiera de las siguientes enfermedades? **A continuación, marque la respuesta apropiada y explique en las áreas proporcionadas.**

- | | | |
|---|--|--|
| <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parto prematuro/ complicaciones con el recién nacido</p> <p>2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano/ médula ósea</p> <p>3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer/ Leucemia</p> <p>4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Algún trastorno del sistema inmunológico</p> <p>5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis / Enfermedad del hígado</p> <p>6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibrosis quística/ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)</p> | <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple/ Esclerosis Lateral Amiótrica (ALS)</p> <p>8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad renal aguda/ crónica</p> <p>9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones de la médula espinal</p> <p>10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alguna cirugía planificada para dentro de los próximos 12 meses o realizada en los últimos 12 meses.</p> <p>11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embolia o convulsiones Número de episodios sufridos: _____</p> | <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usa productos derivados del tabaco</p> <p>13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En los últimos 24 meses, ha tenido reclamaciones médicas que sobrepasen los \$10.000</p> <p>14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alguna hospitalización</p> <p>15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alguna enfermedad no mencionada arriba</p> |
|---|--|--|

Número	Nombre	Fecha en que Ocurrió	Última Vez que se Trató	Diagnóstico	Prognosis (tratamiento o medicamento planificado o continuo)

SECCIÓN 10 | FIRMAS (Lea antes de firmar)

Comprendo que los beneficios para los cuales soy (somos) elegible(s) son aquellos descritos en las pólizas de seguro de grupo de Arkansas Blue Cross and Blue Shield, Health Advantage y USABLE Life, obtenidos a través de la empresa para la cual trabajo, y que los mismos podrían enmendarse periódicamente. Comprendo que la cobertura no entrará en vigor antes de la fecha de vigencia aprobada.

Al firmar esta solicitud, expreso que las declaraciones y respuestas proporcionadas en esta solicitud son verdaderas, completas y que se han registrado en forma correcta. Comprendo que Arkansas Blue Cross and Blue Shield, Health Advantage o USABLE Life podrían, en el transcurso de tres años, contados a partir de la fecha de esta solicitud, anular o terminar esta cobertura o denegar las reclamaciones de cobertura si se ha proporcionado información incorrecta en esta solicitud. De haberse efectuado declaraciones erróneas y fraudulentas, Arkansas Blue Cross and Blue Shield, Health Advantage o USABLE Life podrían tomar acciones legales en cualquier momento.

Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o de beneficios o que presente, a sabiendas, información falsa en un formulario de solicitud de seguro es culpable de un crimen y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión.

Nombre del Solicitante (Empleado) Escrito en Letra de Molde	Firma del Solicitante (Empleado)	Fecha
Nombre de la Empresa o Representante de Grupo* Escrito en Letra de Molde	Firma de la Empresa/ Representante de Grupo*	Fecha

*Se requiere solamente para los empleados recientemente contratados y adiciones.

