



## SOLICITUD DE SEGURO DE GRUPO PARA EMPLEADOS

Marque el recuadro apropiado y llene los espacios en blanco con un bolígrafo

Arkansas Blue Cross and Blue Shield  Health Advantage

**GROUP ADMINISTRATOR USE ONLY**  
Multi-option: which \_\_\_\_\_

Núm. de Grupo: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_ Núm. de ID: \_\_\_\_\_

¿Renuncia el empleado a la cobertura del plan?  Sí  No De ser su respuesta que sí, llene las Secciones 2, 6 y 9 solamente.

**FOR OFFICE USE ONLY**

Fecha de Empleo a Tiempo Completo

Fecha de Vigencia de COBRA

Fecha de Terminación de COBRA

Motivo por el cual recibe COBRA:

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

¿Es usted un empleado actual y activo?  Sí  No De ser su respuesta que no, indique la fecha de jubilación: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 1. ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR COBERTURA BAJO LA PÓLIZA

Marque, entre estos recuadros, todos los que se apliquen al caso y corroboren su elegibilidad; proporcione la fecha del evento elegible y documentación justificativa.

- |  |             |   |             |
|--|-------------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Período Anual de Inscripción Abierta                                     | Fecha _____ | <input type="checkbox"/> 6. Matrimonio  | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> 2. Empleado Recientemente Inscrito  |             | <input type="checkbox"/> 7. Nueva Adopción  | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> 3. Empleado Recientemente Inscrito –<br>Vida Solamente (Omita la Sección 7) | Fecha _____ | <input type="checkbox"/> 8. Nueva Tutoría / Custodia Legal / Orden Judicial de Agregar a un Menor a la Póliza | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> 4. Pérdida de la Cobertura Mínima Esencial                                  | Fecha _____ | <input type="checkbox"/> 9. Otro: Motivo: _____   |             |
| <input type="checkbox"/> 5. Recién Nacido  |             |   |             |

**Aviso:** Si **no** se recibe la solicitud durante el Período de Inscripción Abierta, debemos recibir documentación apropiada con esta Solicitud para que podamos confirmar su elegibilidad para el período de elección especial o evento elegible de vida (es decir, documentos tales como copia del acta de matrimonio, Certificado de Cobertura Acreditado emitido por la compañía de seguro anterior, documentos que corroboren la relación de tutoría o custodia con respecto a un menor, etc.)

### Sección 2. ¿Quién Está haciendo la Solicitud?

Llene esta sección mencionando a todos los familiares que deben cubrirse u omitirse.  
**AVISO: Los dependientes de grupos pequeños (es decir, empresas con 50 empleados o menos) no tienen que llenar esta sección si están renunciando a la cobertura.**

Cobertura Deseada:  Empleado Solamente  Empleado y Cónyuge  Empleado e Hijos  Empleados, Cónyuge e Hijos

Indique si los dependientes son hijos biológicos, hijastros o hijos adoptados.

Primer Nombre	Inicial del Segundo	Apellido	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Rechaza la Cobertura (✓)	Cantidad de Crédito Deducible Presentado* (\$)	Médico Primario o PCP	Número del Médico Primario	¿Era éste su médico de cabecera?
			Yo mismo								Sí/No
											Sí/No
											Sí/No
											Sí/No
											Sí/No
											Sí/No

\* El Crédito Deducible está a la disposición de nuevas inscripciones de grupo en los planes de Arkansas Blue Cross (No en los de Health Advantage), pero solamente si la persona lo pide así en esta solicitud adicional.

### SECCIÓN 3. ESTADO CIVIL

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

### SECCIÓN 4. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección Física o Apartado de Correos (P.O. Box) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal (Zip) \_\_\_\_\_

Núm. Teléfono Primario ( ) \_\_\_\_\_ Núm. Teléfono del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 5. CONDICIÓN LABORAL

Título del Trabajo \_\_\_\_\_

Por Hora Núm. de Horas Trabajadas Semanalmente \_\_\_\_\_

Salario  Otro

### FOR OFFICE USE ONLY

C/T	PKG	LIFE
EFF DATE	UND	DATE
OTH		

## SECCIÓN 6: RENUNCIA A LA INSCRIPCIÓN

A llenarse si un empleado elegible o sus familiares elegibles declinan o rechazan la cobertura.

1. Rechazo la cobertura médica  <input type="checkbox"/> Mi mismo  <input type="checkbox"/> Cónyuge  <input type="checkbox"/> Dependientes	<input type="checkbox"/> Cubierto por la cobertura de grupo de mi cónyuge – Cía. de Seguros y Núm. de ID:		
	<input type="checkbox"/> Inscrito en otros Planes de Seguro – Cía. de Seguros y Núm. de ID:		
	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Cubierto por TRICARE o CHAMPVA
	<input type="checkbox"/> Otro (Explique):		

**Por la presente, certifico que:** (1) Me han brindado la oportunidad de solicitar cobertura, bajo la póliza de seguro aplicable, de la empresa para la cual trabajo. Me han explicado bien las coberturas y póliza de seguro y rechazo la oportunidad de solicitar cobertura para mí o mis dependientes según lo mencionado anteriormente; y (2) Comprendo que si me niego a solicitar cobertura actualmente y lo hago en una fecha futura, deberé entonces esperar hasta el periodo de inscripción abierta.

## SECCIÓN 7. INFORMACIÓN DE SEGURO ACTUAL Y ANTERIOR

(Esta sección deberá llenarse para que se pueda procesar su solicitud de inscripción.)

**Para la cobertura anterior o continua, llene la siguiente porción:**  
(Si está cubierto por más de un plan de seguro, utilice una hoja adicional)

Nombre de la Compañía de Seguro		Dirección		Núm. de Teléfono	
Nombre del Asegurado		Fecha de Nacimiento		Núm. de ID del Miembro del Plan	
Haga una lista con esta información incluyendo a todos los familiares cubiertos por esta póliza. (Indique los que no viven con usted, utilizando el símbolo “v”).					
Primer Nombre	Apellido	Parentesco	<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de Vigencia de la Cobertura	Fecha de Terminación de la Cobertura

¿Es usted responsable por proporcionarles cobertura médica primaria a los familiares cuyos nombres se mencionan anteriormente?  Sí  No  
De ser su respuesta que no, proporcione el nombre de la parte responsable: \_\_\_\_\_

Sí  No El día que se dé inicio a la cobertura, ¿estará cubierto bajo **Medicare** alguno de sus familiares?  
**De ser su respuesta que sí, conteste a todas las preguntas que aparezcan a continuación.** (Utilice una hoja adicional, de ser necesario).

De ser su respuesta que sí, conteste lo siguiente:  
Motivo de la cobertura de Medicare:  Más de 65 años  Discapacitado  Enfermedad Renal

Nombre del Beneficiario de Medicare: \_\_\_\_\_ Parentesco del Beneficiario con el Asegurado: \_\_\_\_\_

Número del Contrato de Identificación Médica (HIC) de Medicare: \_\_\_\_\_

Tipo de Cobertura de Medicare (marque las opciones que apliquen)  Medicare Parte A – Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_  Medicare Parte B – Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 8. SEGURO DE VIDA (Emitida por USABLE Life si la adquiere la empresa para la cual usted trabaja)

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

Por la presente, designo como beneficiario o beneficiarios de esta póliza a las personas que menciono a continuación, bajo este certificado, y revoco la designación de cualquier beneficiario anterior o existente.

Primer Nombre	Inicial del Segundo	Apellido	Fecha de Nacimiento	Parentesco

## SECCIÓN 9. FIRMAS (POR FAVOR LEA ANTES DE FIRMAR CON PLUMA DE TINTA)

Comprendo que los beneficios para los cuales seré (seremos) elegibles son los descritos en las pólizas de seguro de grupo de Arkansas Blue Cross and Blue Shield, Health Advantage y USABLE Life, obtenidas a través de la empresa para la cual trabajo, ya que dichos beneficios podrían modificarse de vez en cuando. Comprendo que la cobertura no entrará en vigor antes de la fecha de vigencia aprobada.

Al firmar esta solicitud, certifico que las declaraciones y respuestas proporcionadas en la misma son fieles y exactas y que las mismas se han registrado correctamente. Comprendo que Arkansas Blue Cross and Blue Shield, Health Advantage o USABLE Life podrían, dentro de un lapso de tres años contados a partir de la fecha de esta solicitud, anular o terminar esta cobertura o bien denegar las reclamaciones de cobertura si se ha proporcionado información incorrecta en esta solicitud. De haberse presentado declaraciones fraudulentas, Arkansas Blue Cross and Blue Shield, Health Advantage o USABLE Life podrían tomar medidas legales sobre el particular en cualquier momento.

**Toda persona que presente, a sabiendas, una reclamación falsa o fraudulenta para recibir pago por una pérdida o beneficios o toda persona que a sabiendas proporcione información falsa al llenar una solicitud de seguro es culpable de haber cometido un crimen y puede, por tanto, quedar sujeta a multas y prisión.**

Nombre del Solicitante (Empleado)  
Escrito en Letra de Molde

Firma del Solicitante (Empleado)

Fecha

Nombre del Representante  
de la Empresa o Grupo\*  
Escrito en Letra de Molde

Firma del Representante  
de la Empresa o Grupo\*

Fecha

\* Se requiere solo para empleados recientemente contratados y para agregar

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y ASISTENCIA CON EL IDIOMA

**AVISO:** Nuestra compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables y no discrimina, excluye, o trata a las personas de manera diferente según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo.

Proporcionamos ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera efectiva, como intérpretes de lenguaje de señas calificados, información escrita en varios formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos) y servicios lingüísticos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. **Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles.**

Si considera que no le hemos proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo según su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

### **Civil Rights Coordinator**

601 Gaines Street, Little Rock, AR 72201

Teléfono: 1-844-662-2276; TDD: 1-844-662-2275

Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), de manera electrónica a través del portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación:

### **U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201

Teléfono: 1-800-368-1019; TDD: 1-800-537-7697

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**ATTENTION: Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-844-662-2276.**

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-662-2276 .

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-662-2276。

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-662-2276

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844- 662-2276 번으로 전화해 주십시오.

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-662-2276.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-662-2276.

**ملاحظة:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. دعوة 1-844-662-2276 العدد.

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-844-662-2276.

**ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-662-2276.

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-844-662-2276.

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-844-662-2276.

**ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-844-662-2276.

**注意事項 :** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-844-662-2276まで、お電話にてご連絡ください。

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-662-2276.

**ملاحظة:** إذا كنت تتحدث باللغة الفارسية، والخدمات اللغوية المقدمة مجاناً بالنسبة لك. يرجى الاتصال 1-844-662-2276

**સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-844-662-2276.

**ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-662-2276 पर कॉल करें।

**LUS CEEV:** Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-844-662-2276.

**انتباه:** آپ اردو بولتے ہیں تو، زبان کی مدد کی خدمات بلا معاوضہ دستیاب مفت ہیں۔ کال کریں 1-844-662-2276

**ໂປດຊາບ:** ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-844-662-2276.

**LALE:** Ñe kwōj kōnono Kajin Majōl, kwomarōñ bōk jermal in jipañ ilo kajin ñe aṃ ejjeļok wōñāñ. Kaalok 1-844-662-2276