



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 –
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