

BlueFreedom

Formato de Inscripción del Empleado

Para uso interno
Grupo Núm. _____
Departamento del grupo _____

- Grupo nuevo
 Nueva contratación
 Cambio

Imprima y llene todas las secciones de este formulario de inscripción con bolígrafo de tinta negra. Asegúrese de responder por completo todas las preguntas. Los formatos de inscripción incompletos son causa de retrasos innecesarios. Si necesita más espacio para algunas respuestas, puede usar una hoja de papel por separado. Incluya su nombre y número de seguro social. **Llene la Sección B, si procede.**

Sección A. Información del solicitante

Número de seguro social	Nombre (Apellido) (Nombre) (2do nombre) (Título)	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
¿Es miembro de alguna tribu indígena de los Estados Unidos o de Alaska reconocida por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número telefónico de casa	Número telefónico del trabajo	Número telefónico celular
Domicilio (Calle, Apartado Postal) (Ciudad) (Estado) (Código Postal +4) (Condado)			Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado Estatura: _____ Peso: _____
Nombre del Grupo (Empleador o empresa)		Fecha de empleo con el grupo	Horas de trabajo por semana
¿Usted, su cónyuge o su(s) dependiente(s) son asegurados actuales o previos o solicitantes de Blue Cross and Blue Shield? En caso afirmativo, proporcione nombre(s) y número(s) de identificación (ID). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Usted o su cónyuge finalizan otra cobertura de Blue Cross and Blue Shield? En caso afirmativo, indique la razón, la fecha y llene la sección F. Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Sección B. Renuncia de Cobertura Completar sólo si elige no participar en el seguro de grupo que se ofrece.

Me ofrecieron un programa de salud o programa dental de grupo y después de considerar seriamente sus beneficios, he decidido:

- no inscribirme en el plan de salud.
- no inscribirme en el plan dental.
- no inscribirme ni inscribir a mis dependientes en el plan de salud.
- no inscribirme ni inscribir a mis dependientes en el plan dental.
- no inscribir a mis dependientes en el plan de salud.
- no inscribir a mis dependientes en el plan dental.

Rechaza la cobertura en el plan de salud o programa dental porque:

- Estoy inscrito o mis dependientes están inscritos en la cobertura médica de mi cónyuge. Mi cónyuge está empleado por (nombre de la empresa) _____
- Estoy inscrito o mis dependientes están inscritos en la cobertura dental de mi cónyuge.
- Estoy inscrito o mis dependientes están inscritos en una cobertura de continuación COBRA o en una cobertura de continuación estatal.
- Tengo o mis dependientes tienen una cobertura individual a través de Medicare Medicaid SCHIP otra empresa de seguros
- Otra(s) razón(es): _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Sección C. Elección(es) de salud y dental para los empleados recientemente elegibles

Por la presente solicito:

<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Una persona <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s)	Si es un grupo de opción dual Indique el deducible \$ _____ Si es un Plan de Salud de Deducible Alto, seleccione uno: <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros para la salud (HSA) (Favor de llenar el Formato 37-044 si aplica) <input type="checkbox"/> No es necesaria la creación de una cuenta	<input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> Una persona <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) (Si aplica a tu plan) OPCIÓN DE RED (no todas las opciones pueden estar disponibles para su plan) <input type="checkbox"/> Network BLUE <input type="checkbox"/> Premier Select BlueChoice <input type="checkbox"/> Blueprint Health <input type="checkbox"/> Otra - Nombre de la red: _____	<input type="checkbox"/> COMPLEMENTO MEDICARE (No está disponible para empleados activos de 65 años de edad o mayores ni para sus cónyuges, a menos que el grupo tenga menos de 20 empleados de tiempo completo o de medio tiempo)
---	---	--	--

¿Dentro de los últimos seis meses, usted o alguno de sus dependientes han usado productos de tabaco cuatro o más veces por semana? Sí No

Apellido	Nombre	(MI)	(Título)	Número de seguro social
----------	--------	------	----------	-------------------------

Sección D. Información personal

Enumere a continuación a su cónyuge y otros dependientes que puedan tener cobertura e incluya hijos dependientes elegibles menores de 26 años. Enumere por edad - de mayor a menor.

Nombre completo (Apellido, Nombre, MI)	Estatura	Peso	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (Mes Día Año)	M	F	Relación con el empleado
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sección E. Cambio en la(s) elección(es) de la Cobertura para los miembros actuales

Por la presente solicito los siguientes cambios en la cobertura: Sólo Salud Sólo Dental Ambos

Cambio a: Cobertura de una persona Cobertura de empleado y cónyuge Cobertura de empleado e hijo(s) Cobertura familiar

Razón del cambio: Matrimonio Divorcio Deceso del cónyuge Otra: _____ Fecha: _____

Agregar dependiente(s) nuevo(s): _____ Fecha en que el dependiente se unió a su familia: _____ (Llene la sección D.)
 _____ Fecha en que el dependiente se unió a su familia: _____ (Llene la sección D.)
 _____ Fecha en que el dependiente se unió a su familia: _____ (Llene la sección D.)

Cambio de las opciones de red (si procede) Network BLUE Premier Select BlueChoice Blueprint Health

Otra - Nombre de la red: _____

Otros cambios de salud: _____

¿Dentro de los últimos seis meses, usted o alguno de sus dependientes han usado productos de tabaco cuatro o más veces por semana? Sí No

Sección F. Pérdida de cobertura - Inscripción especial

¿Usted o algún dependiente finalizan (o pierden) otra cobertura de salud? Sí No

En caso afirmativo, indique lo siguiente:

1) Proporcione la razón de la pérdida de la otra cobertura de salud:

Terminación de empleo Muerte, divorcio o separación legal Decidí(mos) terminar voluntariamente otros seguros
 Terminación de empleo del cónyuge He/hemos llegado al final de la cobertura COBRA Otra: _____

2) Fecha de terminación de la cobertura: _____

3) Proporcione el aviso de terminación o la documentación de pérdida de elegibilidad de la otra empresa de seguros.

Sección G. Información sobre el responsable secundario del pago de Medicare

¿Usted, su cónyuge o su(s) dependiente(s) están inscritos en Medicare? Sí No En caso afirmativo, llene

la información necesaria a continuación:

Si tiene Medicare: Nombre del beneficiario: _____

Núm. de solicitud de salud (HIC) Medicare: _____

Fecha de entrada en vigor de la Parte A: _____

Fecha de entrada en vigor de la Parte B: _____

Razón del derecho al subsidio (marque todos los cuadros que correspondan): Edad Discapacidad Enfermedad renal terminal

Apellido	Nombre	(MI)	(Título)	Número de seguro social
----------	--------	------	----------	-------------------------

Sección H. Historia clínica

Responda a cada pregunta SÍ o NO. Para las condiciones a las que responda "Sí", proporcione detalles a continuación. Esta información es necesaria para fines de clasificación. Su inscripción a la cobertura de salud no se rechazará por las respuestas a estas preguntas ni por ningún factor que se relacione con alguna condición médica. No debe revelar información genética (que incluye antecedentes familiares). Si recién ingresó a trabajar o pretende cambiar su cobertura, no es necesario que complete esta sección. Para solicitar una copia de nuestra política de privacidad, póngase en contacto con nosotros en Omaha al 402-390-1820 o al número gratuito 800-642-8980.

1. En los últimos 5 años, a usted o alguno de sus dependientes les hicieron pruebas, diagnosticaron o administraron tratamientos (que incluye el uso de medicamentos controlados) o le aconsejaron buscar un tratamiento para:
 1. Abuso en el consumo de alcohol o de otras drogas Sí No
 2. Artritis o enfermedades óseas, de las articulaciones, músculos o tejido conectivo Trastorno Sí No
 3. Enfermedad autoinmune, que incluye la enfermedad de Crohn, lupus o esclerosis múltiple Sí No
 4. Cánceres, tumores o pólipos Sí No
 5. Enfermedades circulatorias, sanguíneas o del corazón que incluyen presión arterial alta Sí No
 6. Cirrosis hepática, hepatitis o cualquier otra enfermedad del hígado Sí No
 7. Fibrosis quística o fiebre reumática Sí No
 8. Trastornos digestivos que incluyen cualquier condición del colon, esófago, vesícula biliar, intestinos, páncreas estómago Sí No
 9. Diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo o cualquier enfermedad o desorden endocrino Sí No
 10. Enfermedades genéticas o del desarrollo manifestadas que incluyen el uso de hormonas del crecimiento Sí No
 11. VIH/SIDA o cualquier otro trastorno del sistema inmunitario Sí No
 12. Infertilidad o cualquier otro trastorno del sistema reproductivo Sí No
 13. Enfermedad o trastorno pulmonar Sí No
 14. Desórdenes neurológicos incluyendo Alzheimer, parálisis cerebral, epilepsia, migrañas, mal de Parkinson convulsiones Sí No
 15. Trasplante de órganos..... Sí No
 16. Parálisis que incluye paraplejía y cuadriplejía..... Sí No
 17. Trastornos vasculares que incluyen apoplejía, accidente cerebrovascular (ACV) o accidente isquémico transitorio (AIT) Sí No

2. ¿En los últimos 5 años, usted o alguno de sus dependientes tuvo hospitalización, cirugía o planea tener cirugía debida a cualquier enfermedad, lesión o condición, o tiene alguna dependiente actualmente embarazada? Sí No

3. ¿En los últimos 5 años, usted o alguno de sus dependientes incurrieron en gastos médicos o farmacéuticos que excedan \$5,000? Sí No

Para todas las respuestas "Sí" identificadas anteriormente proporcione información completa a continuación. Adjunte una hoja de papel por separado si es necesario.

Número de pregunta	Persona	Enfermedad	Tratamiento recibido o recomendado	Grado de recuperación

Apellido	Nombre	(MI)	(Título)	Número de seguro social
----------	--------	------	----------	-------------------------

Sección I. Reconocimiento y autorizaciones

Sostengo que mis respuestas y declaraciones en este formulario de inscripción son verdaderas y completas conforme a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier falsedad intencional en este formulario de inscripción puede ocasionar la anulación de la cobertura. Además, entiendo que Blue Cross and Blue Shield of Nebraska se reserva el derecho de aceptar o rechazar este formulario de inscripción y que ningún derecho es creado por él. Autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Nebraska a obtener o revelar información médica en la medida en que sea necesario para tramitar solicitudes. Autorizo a mi empleador a deducir de mi salario todas las primas necesarias.

Al brindar sus números telefónicos está de acuerdo en que nosotros, junto con nuestros socios o vendedores, podamos llamar o enviar mensajes de texto a cualquiera de los números que nos proporcionó, que incluyen números inalámbricos, mediante un sistema de marcación automática o mensajes pregrabados. Sin límite, estas llamadas pueden tratarse de opciones de tratamiento, otros beneficios y servicios relacionados con la salud, inscripción, pago o facturación.

Aviso especial de inscripción

Si rechaza su inscripción o la de sus dependientes (que incluye su cónyuge) debido a otro seguro médico o a otra cobertura de plan de salud, podría inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la terminación de su cobertura o la de sus dependientes (o después que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse usted y puede inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si rechaza su cobertura o la de sus dependientes debido a una cobertura de Medicaid o del Programa Estatal de Seguro Médico Infantil (SCHIP), podría inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si dicha cobertura termina debido a pérdida de elegibilidad. Debe solicitar la inscripción en el plan a más tardar 60 días después de la terminación de la cobertura.

Además, si rechaza la cobertura y usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda en el pago de las primas de este plan de salud grupal bajo Medicaid o SCHIP, usted o sus dependientes podrían inscribirse en el plan en ese momento. Debe solicitar la inscripción a más tardar 60 días después de que se determine su elegibilidad para obtener la ayuda en el pago de las primas.

Para solicitar una inscripción especial o para obtener más información, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios al Asegurado al 402-390-1820 o llame sin costo al 888-592-8961.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____