

Instrucciones:

1. Asegúrese de responder todas las preguntas en su totalidad. Los formularios incompletos provocan retrasos innecesarios.
2. Si necesita más espacio para alguna respuesta, puede agregar una hoja. Incluya su nombre y número de Seguro Social en cualquier archivo que adjunte.
3. Escriba con letra de imprenta legible usando un bolígrafo negro.

- Nueva solicitud (Complete todas las secciones excepto la Sección C. Complete la Sección H, si corresponde)
- Cambio (Complete todas las secciones excepto la Sección B. Complete la Sección H, si corresponde).

Sección A. Información del solicitante

Número de Seguro Social	Apellido	Primer nombre	(Inicial del segundo nombre)	(Título)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección (Calle, PO Box)		(Ciudad)	(Estado)	(Código postal+4)	(Condado)	
Número de teléfono de la casa	Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado	
Nombre de la cuenta (empleador u organización)				Número de cuenta	Número de subcuenta	
Cargo	Fecha en que inició el empleo con el grupo	Horas trabajadas por semana	¿Es usted, su cónyuge o su dependiente un asegurado o solicitante de seguro actual o anterior de Blue Cross and Blue Shield? Si respondió "Sí", indique el nombre y el número de identificación. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Está usted o su cónyuge cancelando otra cobertura de Blue Cross and Blue Shield? Si respondió Sí, complete la Sección E. Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Es usted miembro de una tribu americana reconocida a nivel federal o nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Sección B. Elección de cobertura médica y dental para nuevos empleados elegibles

Por este medio, solicito la siguiente cobertura MÉDICA: <input type="checkbox"/> Solo para el empleado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s)	(Si corresponde para su plan) OPCIÓN DE RED DE SALUD (Es posible que no todas las opciones estén disponibles en su plan) Seleccione una opción de red: <input type="checkbox"/> NETwork BLUE <input type="checkbox"/> Premier Select BlueChoice <input type="checkbox"/> Blueprint Health <input type="checkbox"/> Otra (nombre de la red): _____	(Si corresponde) <input type="checkbox"/> SUPLEMENTO DE MEDICARE Solo disponible para empleados activos o cónyuges de empleados activos de 65 años o más cuando el grupo tiene menos de 20 empleados a tiempo completo o parcial.
---	---	--

Sección C. Elección de cambio de cobertura para miembros actuales

Solicito los siguientes cambios en la cobertura:

Cambiar a: Solo para el empleado Familiar Empleado y cónyuge Empleado e hijo(s)

Motivo del cambio: Casamiento Divorcio Fallecimiento del cónyuge Otro: _____ Fecha: _____

Agregar nuevos dependientes: _____ Fecha en que los dependientes se unieron a su hogar: _____ (Complete la Sección D.)
 _____ Fecha en que los dependientes se unieron a su hogar: _____ (Complete la sección D.)

Cambiar las opciones de red (si corresponde) NETwork BLUE Blueprint Health Premier Select BlueChoice Otra (nombre de la red): _____

Otros cambios: _____

Sección D. Datos personales

Indique a continuación el nombre de su cónyuge y de otros dependientes, incluidos los hijos menores de 26 años. Enumere por orden de edad (de mayor a menor).

Nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento: (DD/MM/AAAA)	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. Pérdida de cobertura: Inscripción especial

¿Usted o su dependiente están cancelando (o perdiendo) otra cobertura de salud? Sí No Si respondió "Sí", complete lo siguiente:

1) Díganos el motivo de la pérdida de la otra cobertura de salud:

- Terminación del empleo Muerte, divorcio o separación legal Opté/optamos voluntariamente por cancelar el otro seguro
- Terminación de la relación laboral del cónyuge Se llegó al final de la cobertura de COBRA Otro: _____

2) Fecha de terminación de la cobertura: _____

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

Nombre (Apellido)

(Primer nombre)

(Inicial del segundo nombre)

Número de Seguro Social

Sección F. Información del pagador secundario de Medicare

¿Está usted, su cónyuge o sus dependientes inscritos en Medicare? Sí No Si la respuesta es "Sí", complete la información solicitada a continuación:

Si está en Medicare: Nombre del beneficiario _____

N.º HIC de Medicare: _____

Fecha de entrada en vigor de la Parte A: _____

Fecha de entrada en vigor de la Parte B: _____

Motivo del derecho a la cobertura (marque todas las casillas que correspondan): Edad Discapacidad Enfermedad renal terminal

Sección G. Reconocimiento y autorización

Confirmando que mis respuestas y declaraciones en este formulario de inscripción son verdaderas y completas según mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración falsa intencional en este formulario de inscripción puede causar la anulación de la cobertura. Además, entiendo que Blue Cross and Blue Shield of Nebraska se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta inscripción y que no crea ningún derecho por ello. Autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Nebraska a obtener o divulgar información médica en la medida necesaria para el procesamiento de reclamos. Autorizo a mi empleador a deducir de mis ganancias cualquier prima requerida.

Al proporcionar su número de teléfono y dirección de correo electrónico, acepta que nosotros, junto con nuestros afiliados o proveedores, podamos enviarle correos electrónicos y llamarlo o enviarle mensajes de texto a cualquier número de teléfono proporcionado, incluido cualquier número inalámbrico, utilizando un sistema de marcación telefónica automática o un mensaje pregrabado. Sin límite, estas llamadas y mensajes de correo electrónico pueden ser sobre opciones de tratamiento, otros beneficios y servicios relacionados con la salud, inscripción, pago o facturación.

Si desea optar por no recibir mensajes telefónicos electrónicos/automáticos, comuníquese con el departamento de Servicios para miembros al 402-390-1820 o al número gratuito 844-201-0763.

Aviso de inscripción especial

Si rechaza la inscripción para usted mismo o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, puede inscribirse usted mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de 31 días después de que la otra cobertura suya o de sus dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, del nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted mismo y a sus dependientes. Sin embargo debe solicitar su inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes debido a la cobertura de Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños (SCHIP), puede inscribirse usted mismo o a sus dependientes en este plan si esa cobertura termina debido a una pérdida de elegibilidad. Debe solicitar la inscripción en el plan a más tardar 60 días después de la terminación de la cobertura.

Adicionalmente, si rechaza la cobertura y usted o sus dependientes se vuelven elegibles para la asistencia con la prima de este plan de salud grupal en virtud de Medicaid o SCHIP, usted o sus dependientes pueden inscribirse en el plan en ese momento. Debe solicitar la inscripción a más tardar 60 días después de la fecha en que se determina que es elegible para la asistencia con las primas.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para miembros al 402-390-1820 o al número gratuito 844-201-0763.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Sección H. Rechazo de la cobertura. Complete solo si elige no participar en el seguro grupal ofrecido.

Se me ha ofrecido el programa de salud grupal y, tras considerar seriamente sus beneficios, decido:

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

Se rechaza la cobertura en el plan de salud porque:

- Estoy inscrito o Mis dependientes están inscritos, en virtud de la cobertura de salud de mi cónyuge. Mi cónyuge está empleado por (nombre de la empresa) _____
- Estoy inscrito o Mis dependientes están inscritos, en virtud de una cobertura de continuación de COBRA o del estado.
- Tengo o Mis dependientes tienen, cobertura individual a través de Medicare Medicaid SCHIP Otra compañía aseguradora
- Otro motivo _____

Si rechaza la inscripción para usted y sus dependientes, una solicitud de inscripción en una fecha posterior puede estar sujeta a restricciones de inscripción tardía (si no se solicita durante un período de inscripción especial). Consulte el "Aviso de inscripción especial" más arriba.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____