



Kansas City

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

# Plan individual y familiar Solicitud de inscripción directa

BlueKC.com • P.O. Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169 • 844-515-6311

Se deben responder todas las preguntas. Escriba en letra de imprenta con lapicero de tinta azul o negra.

### FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA SOLICITADA:

[ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ]

MARQUE UNA OPCIÓN:  Nueva solicitud  Cambio (si la solicitud se utilizará como formulario de cambio, especifique):  Nacimiento  Muerte  Matrimonio  Divorcio  Dirección  Colocación/adopción  Cambio en los beneficios  Pérdida de la cobertura esencial mínima (excepto por la finalización debido a la falta de pago de las primas o la finalización por causa justificada)  Otro (llame a Servicios para Miembros al 866-859-3822 (TTY:711))

Fecha del evento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

[INDIQUE EL NÚMERO DE FACTURA]

## I – Información del solicitante

1. APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. N.º DE SEGURO SOCIAL	
4. *DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (número y nombre de la calle, número de apartamento)			CIUDAD Y ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
5. *DIRECCIÓN ALTERNATIVA (indique solo una): <input type="checkbox"/> Solo para facturación <input type="checkbox"/> Facturación y toda la correspondencia			CIUDAD Y ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
6. NÚMERO DE TELÉFONO PARA EL DÍA	7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO <i>Blue Cross and Blue Shield of Kansas City (Blue KC) puede usar esta dirección de correo electrónico para proporcionar documentos, materiales y otros avisos relacionados con la cobertura.</i>			Raza/origen étnico:	
8. NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR					

\*La dirección del domicilio indica la dirección legal permanente del solicitante y debe completarse. Se debe seleccionar una dirección alternativa si la facturación, las tarjetas de identificación, etc. deben enviarse a una dirección diferente de la dirección de domicilio del solicitante.

## II – Selección de cobertura médica – Seleccione el tipo de cobertura deseada (individual o familiar) y luego seleccione solo una casilla de producto:

TIPO DE COBERTURA DESEADA:  Individual  Familiar

Community	Elección de Spira Care		Saver	FIRST	Catastrophic	Estándares	
Preferred Care Blue**	BlueSelect*	BlueSelect Plus*	Preferred Care Blue**	Preferred Care Blue**	BlueSelect*	BlueSelect*	Preferred Care Blue**
<input type="checkbox"/> Silver \$6000	<input type="checkbox"/> Silver 1 \$4150 <input type="checkbox"/> Bronze 2 \$8500	<input type="checkbox"/> Silver \$4150	<input type="checkbox"/> Bronze \$6500	<input type="checkbox"/> Bronze \$7000	<input type="checkbox"/> Catastrophic \$9200	<input type="checkbox"/> Silver \$5000 <input type="checkbox"/> Bronze \$7500	<input type="checkbox"/> Gold \$1500 <input type="checkbox"/> Silver \$5000 <input type="checkbox"/> Bronze \$7500

\*BlueSelect y BlueSelect Plus - Solo disponible si el solicitante reside en los siguientes condados: Kansas = Johnson o Wyandotte o Misuri = Clay, Jackson, Johnson, Lafayette, Platte y Ray.

\*\*Preferred Care Blue NO está disponible si el Solicitante reside en los siguientes condados: Kansas = Johnson o Wyandotte o Misuri = Clay, Jackson, Johnson, Lafayette, Platte y Ray.

Información del miembro (proporciónela de nuevo para que nos sirva de ayuda en caso de que las páginas se separen)

APELLIDO:

NOMBRE:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

**III – Selección de cobertura dental – Acuse de recibo completo para atención dental pediátrica y, si lo desea, seleccione un plan dental.**

**NOTA:** Esta póliza **NO** incluye cobertura dental pediátrica integrada, que es un beneficio de salud esencial (Essential Health Benefit, EHB) para dependientes menores de 19 años.

En la Sección III Cobertura dental, se ofrece la compra de un plan dental independiente (Stand Alone Dental Plan, SADP) a través de Blue KC. Además, los planes SAPD también pueden comprarse a través del Mercado de Seguros Médicos en Healthcare.gov.

Su acuse de recibo de la cobertura dental pediátrica es un requisito de la Ley de Atención Asequible y las reglamentaciones relacionadas.

Usted entiende que está adquiriendo cobertura para una póliza de Blue KC que **NO** incluye servicios dentales pediátricos y, en su lugar, ha comprado un plan dental independiente por separado **certificado por el Intercambio de seguros o a través de Blue KC que proporciona cobertura para servicios dentales pediátricos.**

O BIEN, no tiene dependientes menores de 19 años que requieran cobertura dental pediátrica.

Al firmar, usted certifica que ha leído y comprendido la Sección III Cobertura dental, en relación con la cobertura dental pediátrica:

FIRMA OBLIGATORIA: \_\_\_\_\_

Planes base de Preferred-Care Dental PPO	Detalles del plan estándar	
<input type="checkbox"/> BlueDental 1000 Preventivo (Tipo I)/Básico (Tipo II)	Deducible: \$50 para el Tipo II Coseguro: 0 % (Tipo I)/20 % (Tipo II) Máximo por año calendario: \$1,000	<input type="checkbox"/> BlueDental Preventative 1000 Deducible: \$0 para el Tipo I preventivo: 0% Tipo I Máximo por año calendario: \$1,000
<input type="checkbox"/> BlueDental Plus 1000 Preventivo/Básico/Principal (Tipo III)	Deducible: \$50 (Tipo II)/\$200 (Tipo III) Coseguro: 0 % (Tipo I)/20 % (Tipo II)/50 % (Tipo III) Máximo por año calendario: \$1,000	<b>Opciones de compra de BlueDental Plus:</b> (Marque si lo desea. Entiendo que cualquier elección <b>puede aumentar mi prima</b> ). 0 <input type="checkbox"/> \$1,200      0 <input type="checkbox"/> \$1,500

<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>	<p>¿Usted o alguna persona que solicita cobertura han estado cubiertos por un plan de seguro dental anterior? Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información. <b>Tenga en cuenta lo siguiente:</b> La cobertura debe estar vigente durante los últimos 3 a 12 meses sin interrupción en la cobertura para que no se apliquen los períodos de espera correspondientes para los servicios de Tipo 2.</p> <p>Nombre(s) de las personas cubiertas: _____</p> <p>Nombre de la aseguradora: _____ Número(s) de identificación de la póliza: _____</p> <p>Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha(s) de finalización: _____</p>
------------------------------------	------------------------------------	---

**IV – Información del solicitante/familia – Si necesita más espacio, use y adjunte una solicitud adicional:**

N.º DE SEGURO SOCIAL	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	MÉDICA	DENTAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
SOLICITANTE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
CÓNYUGE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
DEPENDIENTE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
DEPENDIENTE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
DEPENDIENTE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
DEPENDIENTE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER

**V – Información general**

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1. ¿Usted o alguno de sus dependientes ha fumado o ha consumido productos con tabaco, incluidos cigarrillos, cigarros, pipas o tabaco para mascar de 2 a 6 o más veces por semana en los últimos 4 a 8 meses, sin incluir el uso religioso o ceremonial? Si la respuesta es afirmativa, indique los nombres _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	2. ¿Hay algún dependiente discapacitado? (proporcione detalles en una página separada)
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	3. En la actualidad, o a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Blue KC que solicita, ¿usted o alguno de los dependientes mencionados en esta solicitud <b>tiene derecho a</b> <sup>1</sup> o recibe la Parte A de Medicare sin prima? Si la respuesta es afirmativa, indique los nombres _____ ]
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4. En la actualidad, o a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Blue KC que solicita, ¿usted o alguno de los dependientes mencionados en esta solicitud estarán <b>inscritos en</b> <sup>2</sup> la Parte A y la Parte B de Medicare para primas, o en un plan Medicare Advantage (Parte C)? Si la respuesta es afirmativa, indique los nombres _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	5. En la actualidad, o a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Blue KC que solicita, ¿usted o alguno de los dependientes mencionados en esta solicitud serán <b>elegibles para</b> <sup>3</sup> la Parte A y la Parte B de Medicare para primas, o para un plan Medicare Advantage (Parte C)? Si la respuesta es afirmativa, indique los nombres _____

- 1. Tener derecho a** significa que una persona cumple con los requisitos de elegibilidad y está realmente inscrita en la Parte A de Medicare sin prima. Algunas personas que tienen derecho a la Parte A de Medicare sin prima serán inscritas de manera automática mientras que otras que son elegibles para la Parte A de Medicare sin prima deben inscribirse para recibir esos beneficios. Si no está seguro de si tiene derecho a la Parte A de Medicare sin prima, consulte [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).
- 2. Inscrito en** significa que la persona es elegible y ha tomado las medidas necesarias para inscribirse en un producto de Medicare (Parte A y Parte B para primas, o plan Medicare Advantage [Parte C]).
- 3. Elegible** significa que la persona cumple con los requisitos para inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, o en un plan Medicare Advantage (Parte C), independientemente de si la persona solicita recibir los beneficios de Medicare.

Información del miembro (proporciónela de nuevo para que nos sirva de ayuda en caso de que las páginas se separen)

APELLIDO:

NOMBRE:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

### VI – Acuerdo

Solicito cobertura en virtud del Contrato de inscripción directa (“Contrato”) emitido por Blue Cross and Blue Shield of Kansas City (“Blue KC”). Comprendo que los servicios estarán disponibles sujetos a las exclusiones, las limitaciones y los beneficios descritos en el Contrato. Comprendo que Blue KC se basa en que mis respuestas y declaraciones sean verdaderas, y que el Contrato está condicionado tanto a la veracidad de la información que he proporcionado en el presente documento como a que todos los asuntos divulgados en el presente permanezcan sin alteraciones hasta la fecha de entrada en vigencia del Contrato. Si cualquier información cambia o tengo conocimiento de que existe información que difiere de la proporcionada en esta solicitud, acepto proporcionar esa información adicional de inmediato a Blue KC. Reconozco que si yo o cualquier dependiente es empleado, el empleador no contribuye al costo de esta cobertura. Comprendo que cualquier declaración errónea en esta solicitud de inscripción o información adicional sobre los cambios no proporcionada antes de la fecha en la que se emite el Contrato puede dar lugar a una nueva tasa de la prima o a la cancelación de la cobertura. **Comprendo que si, en algún momento, Blue KC determina que una persona que figura en esta solicitud no cumplió con la definición de “dependiente” del Contrato, o si tergiversé alguna parte de la información que aparece en este documento, Blue KC tiene derecho a volver a valorizar la cobertura. Entiendo que, si me llegaran a declarar culpable de fraude de seguros según lo determine un tribunal de justicia, Blue KC tiene el derecho de rescindir la cobertura para esa persona o para todas las personas en virtud de la solicitud, y de recuperar los pagos de beneficios para esa persona o esas personas.** Comprendo que ninguna declaración que haga anulará mi cobertura ni reducirá mis beneficios, a menos que mis declaraciones sean sustanciales para el riesgo asumido y estén contenidas en mi solicitud escrita.

The translation is for informational purpose only, and the English version will be controlling unless the language in the other language version is shown to be a fraudulent misrepresentation.

La traducción se presenta solo con fines informativos; y la versión en inglés prevalecerá, a menos que se demuestre que el texto de la versión en otro idioma es una tergiversación fraudulenta.

**(SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR PARA MENORES DE 18 AÑOS).**

Firma del solicitante:

Nombre en letra de imprenta:

Fecha:                    /                    /

### VII – Declaración del corredor (si corresponde)

Declaro que, a mi leal saber y entender, todas las manifestaciones están completas y son precisas.

Número de corredor de Blue KC

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CORREDOR EN LETRA DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FECHA DE LA FIRMA DEL CORREDOR

\_\_\_\_\_  
REQUERIDO

(        )                    -  
\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

## VIII — Avisos

### **Aviso sobre la Ley de Derechos sobre el Cáncer y la Salud de la Mujer:**

Junto con los beneficios detallados en su Contrato y el Programa de beneficios, sus beneficios incluyen cobertura para (1) reconstrucción de mama relacionada con una mastectomía, incluida la reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico; (2) prótesis; y (3) tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de una mastectomía, incluidos los edemas linfáticos. Esta cobertura está sujeta a copagos, coseguros y deducibles de acuerdo con otros beneficios en virtud de su plan. Esta notificación se proporciona de acuerdo con la Ley de Derechos sobre el Cáncer y la Salud de la Mujer de 1998, que es una ley federal.

### **Aviso sobre el Resumen de beneficios y cobertura:**

Si desea una copia de un Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) para el producto que está solicitando, visite [BlueKC.com](http://BlueKC.com). También puede obtener una copia impresa, sin cargo alguno, llamando al 866-859-3822 (TTY:711). La información en el SBC está sujeta a cambio antes de su fecha de entrada en vigencia.

### **Aviso relacionado con la protección de las creencias religiosas y las convicciones morales:**

La cobertura que ha solicitado no incluye la cobertura opcional para la interrupción del embarazo.

Si un corredor o agente de seguros proporcionó servicios asociados con su selección e inscripción de un plan de salud autorizado de Blue KC, ese corredor o agente de seguros recibirá una compensación directa de \$20 por miembro cada mes.

Blue Cross and Blue Shield of Kansas City cumple con las leyes federales vigentes sobre los derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue KC:

- \* Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, por ejemplo:
  - \* Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
  - \* Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- \* Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:
  - \* Intérpretes capacitados
  - \* Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 844-395-7126 (línea gratuita) o por correo electrónico a [languagehelp@bluekc.com](mailto:languagehelp@bluekc.com).

# Modalidad de pago

Recuerde adjuntar el pago correcto de la prima. Emita los cheques a nombre de BCBS of KC.

* Con la transferencia electrónica de fondos, su prima se deduce de manera automática de su cuenta de cheques todos los meses.
* Después de la aprobación, su primera prima se procesará de inmediato.
* Su prima se pagará de manera automática y a tiempo todos los meses.
* En los pagos futuros, su cuenta se girará el día 5 de cada mes o el siguiente día hábil.
<input type="checkbox"/> Cobrar automáticamente a mi cuenta todos los meses el monto total de la prima adeudada.

Nombre:	Número de Seguro Social:
Nombre del banco:	Nombre que figura en la cuenta bancaria:
Número de ruta (9 dígitos):	Número de cuenta bancaria:

Sí, deseo la transferencia electrónica de fondos.

Firma:	Fecha:
--------	--------

AUTORIZACIÓN PARA USO DE TARJETA DE CRÉDITO: Ofrecemos la comodidad de pagar con tarjeta de crédito. El pago con tarjeta de crédito puede aceptarse para pagar una o más primas; o con su autorización firmada, podemos cargar de manera automática a su tarjeta de crédito su prima completa cada mes. Para pagar con tarjeta de crédito, seleccione una de las siguientes opciones (toda la información debe estar completa para su procesamiento):

Cargar automáticamente a mi tarjeta de crédito todos los meses el monto total de la prima adeudada.  
\* Comprendo que se cargará a mi tarjeta de crédito el día 5 de cada mes o el siguiente día hábil.

Elija solo una opción:  Visa  Tarjeta Master

Número de la cuenta:	Fecha de vencimiento:	Código CVV:
Dirección postal:		
Nombre de la cuenta:		
Firma:		

NOTA: para cancelar su autorización de uso automático de tarjeta de crédito, su solicitud debe recibirse 10 días antes de la fecha de retiro de su tarjeta de crédito.

SOLO PARA USO DEL AGENTE DE SEGUROS

Nombre completo del agente:	Número del agente:	
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	
Dirección:	Ciudad:	Estado y Código postal: