Kansas City

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

# Solicitud de seguro a corto plazo

BlueKC.com • 1400 Baltimore Ave., P.O. Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169 • 816-395-2222

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA SOLICITADA:_____

Puede solicitar que la fecha de entrada en vigencia sea el primer día del mes posterior a la fecha de la solicitud y hasta 60 días después.

## 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) |
|---|
| |

| 5. CIUDAD | 6. ESTADO | 7. CÓDIGO POSTAL | 8. CONDADO |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 9. *DIRECCIÓN ALTERNATIVA (indique solo una): ☐ Facturación solamente ☐ Facturación y toda la correspondencia |
|---|
| |

| 10. CIUDAD | 11. ESTADO | 12. CÓDIGO POSTAL | 13. CONDADO |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 14. N.º DE TELÉFONO PARA EL DÍA | 15. N.º DE TELÉFONO DEL HOGAR | 16. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO 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. |
|---|---|---|
| | | |

*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.

## II Información sobre la familia: el solicitante y los dependientes que se inscribirán o cuyos datos se cambiarán (adjunte una hoja si es necesario)

| | N.º DE SEGURO SOCIAL | APELLIDO | NOMBRE | I.S.N. | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ Nuevo ☐ Cambio | SOLICITANTE | | | | ☐ Masculino ☐ Femenino | |
| ☐ Nuevo ☐ Cambio | CÓNYUGE | | | | ☐ Masculino ☐ Femenino | |
| ☐ Nuevo ☐ Cambio | NIÑO(A) | | | | ☐ Masculino ☐ Femenino | |
| ☐ Nuevo ☐ Cambio | NIÑO(A) | | | | ☐ Masculino ☐ Femenino | |
| ☐ Nuevo ☐ Cambio | NIÑO(A) | | | | ☐ Masculino ☐ Femenino | |
| ☐ Nuevo ☐ Cambio | NIÑO(A) | | | | ☐ Masculino ☐ Femenino | |

## III Selección de la cobertura

COBERTURA DESEADA (deducible individual/familiar):

- ☐ Short Term Plus 1000 ($1,000/$3,000)
- ☐ Short Term Plus 2500 ($2,500/$7,500)
- ☐ Short Term Plus 5000 ($5,000/$15,000)
- ☐ Short Term Plus 10000 ($10,000/$30,000)

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

APELLIDO: NOMBRE: N.º DE SEGURO SOCIAL:

## IV Preguntas sobre la salud

La Ley federal de No Discriminación por Información Genética prohíbe que las compañías de seguros médicos soliciten, exijan, compren o recopilen "información genética" para fines de suscripción. La "información genética" incluye sus pruebas genéticas, las pruebas genéticas de los miembros de su familia y la presencia de enfermedades o trastornos en los miembros de su familia que no están cubiertos por la póliza. La información genética también puede incluir las solicitudes o la recepción de servicios genéticos, o la participación en investigaciones clínicas que incluyen servicios genéticos. No brinde información genética en este formulario. Sin embargo, la información sobre enfermedades o afecciones manifiestas de cualquier persona que solicite cobertura no se considera información genética y debe informarse en este formulario, incluso si la causa de la enfermedad o afección es genética o está relacionada con la genética.

| | | |
|---|---|---|
| ☐ SÍ | ☐ NO | 1. ¿Reemplazará esta póliza una cobertura actual? Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de finalización: _____ |
| ☐ SÍ | ☐ NO | 2. ¿Habrá otro seguro de salud vigente en la fecha de entrada en vigencia de la póliza? |
| ☐ SÍ | ☐ NO | 3. ¿Está embarazada ahora la asegurada propuesta, su cónyuge o alguna de sus hijas dependientes (independientemente de si se presenta o no una solicitud para esa persona)? |
| ☐ SÍ | ☐ NO | 4. En los últimos cinco (5) años, ¿usted o algún asegurado propuesto recibió un diagnóstico, tratamiento o asesoramiento de un médico por trastornos cardíacos o del sistema circulatorio (excepto presión arterial alta), ataque cardíaco o dolor de pecho, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer o tumor, infertilidad, esquizofrenia, depresión maníaca o trastorno bipolar, alcoholismo o abuso de alcohol, o abuso de drogas o dependencia de sustancias químicas? |
| ☐ SÍ | ☐ NO | 5. En los últimos cinco (5) años, ¿usted o algún asegurado propuesto recibió servicios médicos de un médico u otro proveedor de atención médica en relación con una infección por VIH, sida o complejo relacionado con el sida, o bien ha obtenido un resultado positivo en una prueba de detección del virus del VIH u otras enfermedades relacionadas con el sistema inmunitario que no sean el VIH? |

## V Acuerdo

Comprendo que, si las personas propuestas para la cobertura son elegibles y se ofrece la cobertura: (1) la fecha de entrada en vigencia de la cobertura será a las 12:01 a. m. en la fecha que solicité; (2) las afecciones preexistentes[1] no estarán cubiertas; (3) la cobertura conforme a este Contrato finalizará el último día del duodécimo mes de cobertura o a las 11:59 p. m. del 31 de diciembre, lo que ocurra primero; (4) puedo solicitar otro contrato de seguridad a corto plazo sujeto a la aprobación de la suscripción; y (5) no se pueden realizar cambios en el deducible después de que la cobertura entre en vigencia. Comprendo que el Contrato está condicionado a la veracidad de la información incluida en el presente. Comprendo que cualquier declaración errónea en esta solicitud de inscripción puede derivar en el rechazo de una reclamación, en la reevaluación de la prima o en la interrupción o rescisión de la cobertura. Comprendo que, si en algún momento se determina que una persona mencionada en esta solicitud no cumplió con la definición de "dependiente" del Contrato o que tergiversé la información incluida en el presente, Blue KC o sus subsidiarias tienen derecho a reevaluar la prima o a finalizar o rescindir la cobertura de esa persona o de todas las personas en virtud de la solicitud, y también tienen derecho a recuperar cualquier pago de beneficios realizado para dicha persona o personas no elegibles. Comprendo que Blue KC conservará mis registros médicos bajo estricta confidencialidad de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables.

Usted acepta que, al marcar "Sí", otorga su consentimiento y solicita que Blue Cross and Blue Shield of Kansas City, nuestras afiliadas y aquellos que actúen en nuestro nombre o en su nombre puedan llamarlo o enviarle un mensaje de texto a través de un sistema telefónico automatizado o un mensaje pregrabado. Los tipos de llamadas o mensajes de texto que puede recibir incluyen anuncios o mensajes de telemercadeo relacionados con nuestros beneficios y servicios o los de nuestras filiales. Comprende que el consentimiento no es una condición de compra. ☐SÍ ☐NO

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.

ESTA NO ES UNA COBERTURA MÉDICA ELEGIBLE ("COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA") QUE CUMPLA CON EL REQUISITO DE COBERTURA MÉDICA EN VIRTUD DE LA LEY DE ATENCIÓN ASEQUIBLE. SI NO TIENE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA, ES POSIBLE QUE DEBA UN PAGO ADICIONAL JUNTO CON SUS IMPUESTOS.

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

Si un corredor o agente de seguros proporcionó servicios asociados con su selección e inscripción de un contrato de seguro a corto plazo de Blue KC, ese corredor o agente de seguros recibirá una compensación directa del 15 %.

| | |
|---|---|
| Firma del solicitante: | Firma del cónyuge: |
| Nombre en letra de imprenta: | Nombre del cónyuge en letra de imprenta: |
| Fecha: | Fecha: |
| Firmado en (ciudad, estado): | Firmado en (ciudad, estado): |

1. Una afección preexistente se define como cualquier enfermedad, lesión u otra afección para la que se recomendó o recibió asesoramiento, diagnóstico, atención o tratamiento médicos durante los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

La ley prohíbe la discriminación

Blue Cross and Blue Shield of Kansas City ("Blue KC") cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, como los rasgos intersexuales; el embarazo o condiciones relacionadas; la orientación sexual; la identidad de género y los estereotipos de género). Blue KC no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue KC:

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

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con ACA/QHP: 1-866-859-3822 (TTY: 711), Commercial: 816-395-3558 (local) o 888-989-8842, Medicare Supplemental: 1-888-890-4423 (TTY: 711), Medicare Advantage: 1-866-508-7140 (TTY: 711) y plan Medicare Advantage Employer Group Waiver: 1-888-892-8907 (TTY: 711).

Póngase en contacto con el coordinador de la Sección 1557 de Blue KC en Section 1557 Coordinator, PO Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169, 816-395-3537, TTY: 816-842-5607, APPEALS@bluekc.com.

Si cree que Blue KC no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en Appeals Department, PO Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169, 816-395-3537, TTY: 816-842-5607,

APPEALS@bluekc.com. Puede presentar una queja en persona, por correo postal, fax o correo electrónico.

Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Apelaciones está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de Blue KC: https://www.bluekc.com/consumer/non-discrimination-information/.

If you, or someone you're helping, has questions about Blue KC, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-844-395-7126.

**Spanish:** Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Blue KC, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-395-7126.

**Chinese:** 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Blue KC方面的問題，您 有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話1-844-395-7126。

**Vietnamese:** Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Blue KC, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-395-7126.

**Cushite:** Isin yookan namni biraa isin deeggartan Blue KC irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa 1-844-395-7126 tiin bilbilaa.

Información del miembro (proporciónela de nuevo para que nos sirva de ayuda en caso de que las páginas se separen)
APELLIDO: NOMBRE: N.º DE SEGURO SOCIAL:

**Korean:** 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 [Blue KC]에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-395-7126 로 전화하십시오.

**Arabic:**
إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص Blue KC ، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ.1-844-395-7126.

**French:** Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Blue KC, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-844-395-7126.

**Russian:** Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Blue KC, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону1-844-395-7126.

**German:** Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Blue KC haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-395-7126 an.

**Tagalog:** Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Blue KC, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa1-844-395-7126.

**Laotian:** ຖ້າຫາກ ທ່ານ, ຫຼື ຄົນ ທີ່ທ່ານກໍາລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ອ, ມ ກ່ຽວກັບ Blue KC, ທ່ານມີສິດ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ອດສະລະ ແລະ ຂໍ້ ມູ ນຂ່ າວສານ ທີ່ເປັ ນພາສາຂອງທ່ ານ ທີ່ບໍ ່ເສຍ ຄ່ າໃຊ້ຈ່ າຍ. ການໂອ້ລົມກັບນາຍພາສາ, ໃຫ້ ໂທຫາ 1-844-395-7126.

**Mon-Khmer**: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយមានសំណួរអំពី Blue KC អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-395-7126.

**Persian:**
اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Blue KC ، داشته باشید حق این را دارید که کمکو اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید 1-844-395-7126.تماس حاصل نمایید.

**Hmong:** Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab, muaj lus nug txog Blue KC, koj muaj cai tau txais kev pab thiab cov ntaub ntawv sau ua koj hom lus yam tsis xam tus nqi dab tsi li. Yog xav tham nrog ib tus neeg pab txhais lus, hu rau 1-844-395-7126.

**Portuguese:** Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Blue KC, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-395-7126.

For TTY services, please call **1-816-842-5607**.

## MODALIDAD DE PAGO

**Recuerde adjuntar el pago correcto de la prima. Emita los cheques a nombre de Blue Cross and Blue Shield of Kansas City.**

- 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.**

☐ Cobrar automáticamente a mi cuenta todos los meses el monto total de la prima adeudada.

NOMBRE | N.º DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE DEL BANCO | NOMBRE DE LA CUENTA BANCARIA

NÚMERO DE RUTA (9 dígitos) | N.º DE CUENTA BANCARIA

**Sí, deseo la transferencia electrónica de fondos.**

FIRMA: | FECHA:

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA 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 ☐ Mastercard

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 de seguros | N.º del agente de seguros | N.º de teléfono |
|---|---|---|
| Dirección | Ciudad | Estado y código postal |
| Dirección de correo electrónico | | |