



Kansas City

Licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

# Solicitud de seguro a corto plazo

BlueKC.com • P.O. Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169 • 844-654-1474

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 solicitud y hasta 60 días después.

Las leyes y pautas federales le prohíben inscribirse en un plan a corto plazo de Blue KC si fue titular de la póliza de un plan a corto plazo de Blue KC en los últimos 12 meses.

## 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): <input type="checkbox"/> Solo para facturación <input type="checkbox"/> 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 cambiarán (adjunte una hoja si es necesario)

N.º DE SEGURO SOCIAL		APELLIDO	NOMBRE	I.S.N.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	SOLICITANTE				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	CÓNYUGE				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	HIJO(A)				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	HIJO(A)				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	HIJO(A)				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	HIJO(A)				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

## III Selección de la cobertura

COBERTURA DESEADA (deducible individual/familiar):

<input type="checkbox"/> Short Term 500 (\$500/\$1,500)	<input type="checkbox"/> Short Term 2500 (\$2,500/\$7,500)
<input type="checkbox"/> Short Term 1000 (\$1,000/\$3,000)	<input type="checkbox"/> Short Term 5000 (\$5,000/\$15,000)

**IV(a) Preguntas sobre salud: DEBE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS ANTES DE QUE SE PROCESE SU SOLICITUD**

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 manifestación de enfermedades o trastornos de 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.

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1. ¿Reemplazará esta póliza una cobertura actual? Si la respuesta es “Sí”, indique la fecha de finalización: _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	2. ¿Habrá otro seguro de salud vigente en la fecha de entrada en vigencia de la póliza?
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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)?
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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 la infección por VIH, SIDA o complejo relacionado con el SIDA, o bien ha obtenido un resultado positivo en una prueba del virus del VIH u otras enfermedades relacionadas con el sistema inmunitario que no sea el VIH?

**IV(b) Servicios profesionales: proporcione detalles COMPLETOS de cualquier pregunta a la que haya respondido “Sí” en la sección IV(a)**

N.º DE PREGUNTA	PERSONA TRATADA	AFECCIÓN Y TIPO DE TRATAMIENTO	FECHA EN QUE SE MANIFESTÓ	FECHA DEL ÚLTIMO TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL	NOMBRE COMPLETO Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR

**IV(c) Medicamentos recetados: indique TODOS los medicamentos que cualquier familiar mencionado haya tomado en los últimos 12 meses**

PERSONA TRATADA	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	AFECCIÓN O ENFERMEDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	NOMBRE COMPLETO Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO

**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 el día solicitado a las 12:01 a. m.; (2) las afecciones preexistentes, no estarán cubiertas; (3) la cobertura en virtud de este Contrato finalizará el último día del tercer mes de cobertura, a menos que se renueve según los términos de su contrato, en cuyo caso la cobertura finalizaría el último día del cuarto mes; y (4) no se pueden hacer 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 afirmación falsa o declaración sustancialmente errónea en esta solicitud de inscripción puede derivar en el rechazo de un reclamo, en la reevaluación de la prima, o en la interrupción o rescisión de 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 de forma importante 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 telemarketing relacionados con nuestros beneficios y servicios o los de nuestras filiales. Comprendo 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.

(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 3 %.

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 su 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, país de origen, 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, país de origen, 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, por ejemplo:
  - intérpretes calificados de 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, que pueden incluir los siguientes:
  - intérpretes calificados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, llame al 816-395-3558 (número local) o al 888-989-8842.

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, [APPEA](#)

Si cree que Blue KC no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a: [Appeals Department], PO Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169, 816-395-3537, TTY: 816-842-5607, [APPEALS@bluekc.com](mailto:APPEALS@bluekc.com). Puede presentar una queja en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Apelaciones está disponible para ayudarle.

También puede presentar una reclamación 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 Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por 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)

Formularios para presentar quejas 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/>.