



**Kansas City**

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

# Solicitud de Empleado y Formulario de Cambio



BlueKC.com • One Pershing Square, 2301 Main, P.O. Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169 • 816-395-2222

## GRUPOS CON 51 A 99 EMPLEADOS

Favor de completar todos los casilleros CLARAMENTE (en letra de imprenta) EN TINTA AZUL O NEGRA y firmar.

**Preferred-Care Blue PPO ; Blue-Care HMO\***

Si la solicitud se va a usar como Formulario de Cambio, favor de especificar la razón a continuación.

FECHA DEL SUCESO: \_\_\_\_\_ FECHA DE VIGENCIA PROPUESTA: \_\_\_\_\_

- Nacimiento   
  Cambio de dirección   
  Divorcio   
  Matrimonio   
  Muerte   
  Cambio de beneficiario  
 Adopción/Colocación en Adopción   
  Pérdida de otra cobertura colectiva   
  Alcance del beneficio máximo de por vida

### I Información del Empleado Solamente

1. APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	2. DIRECCIÓN	
3. CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	4. NÚMERO DE TELÉFONO CASA NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR
5. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO <i>Blue KC puede usar esta dirección de correo electrónico para proporcionar documentos, materiales y otros avisos relacionados con esta cobertura.</i>				6. FECHA DE NACIMIENTO	7. NO. DE SEGURO SOCIAL
8. FECHA DE CONTRATACIÓN	9. EMPLEADOR		CARGO	10. CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA	

### II Selección de Cobertura Médica

11. Yo elijo la siguiente cobertura (Elija solo un producto disponible. La disponibilidad del producto está limitada por las selecciones de su Empleador):

**AffordBlue (PPO)**

- \$2,500     \$5,000

**Preferred-Care Blue (PPO)**

- \$300     \$500     \$1,000     \$1,500     \$2,000     \$3,500

**Plan de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés)**

- \$2,000     \$2,500     \$5,000

**Acuerdo de reembolso de salud (HRA, por sus siglas en inglés) de PersonalBlue**

- \$2,000     \$2,500     \$5,000

**BlueSaver (para usarse con una cuenta de ahorros para salud (HSA, por sus siglas en inglés))**

- \$2,000     \$2,500     \$5,000

**HMO**

Se abrirá una HSA a menos que usted indique lo contrario. Complete la sección VIII.

- No, no deseo abrir una HSA

**Cobertura médica para (Seleccione sólo una opción.):**

- Para sí mismo   
  Para sí mismo e hijo(s)   
  Para sí mismo y cónyuge   
  Para sí mismo y familia  
 Para sí mismo pareja

**III**

**Información sobre la Familia-Epleado y Personas a Cargo del Empleado que se van a afiliarse (agregue otra hoja si fuera necesas)**

Marcar el casillero adecuado		No. de seguro social	Apellido Inicial del segundo nombre	Primer Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Marcar la cobertura deseada	Medico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) (sólo complete si está solicitando cobertura de HMO)	Paciente Actual
<b>Nuevo</b>	<b>EMPLEADO</b>					<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Médica	Nombre del PCP:	<input type="checkbox"/> Sí
						<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Dental	N.º del PCP:	<input type="checkbox"/> No
<b>Cambio</b>						<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Médica	Nombre del PCP:	<input type="checkbox"/> Sí
						<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Dental	N.º del PCP:	<input type="checkbox"/> No
<b>Nuevo</b>	<b>CÓNYUGE</b>					<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Médica	Nombre del PCP:	<input type="checkbox"/> Sí
						<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Dental	N.º del PCP:	<input type="checkbox"/> No
<b>Cambio</b>						<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Médica	Nombre del PCP:	<input type="checkbox"/> Sí
						<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Dental	N.º del PCP:	<input type="checkbox"/> No
<b>Nuevo</b>	<b>MENOR</b>					<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Médica	Nombre del PCP:	<input type="checkbox"/> Sí
						<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Dental	N.º del PCP:	<input type="checkbox"/> No
<b>Cambio</b>						<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Médica	Nombre del PCP:	<input type="checkbox"/> Sí
						<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Dental	N.º del PCP:	<input type="checkbox"/> No
<b>Nuevo</b>	<b>MENOR</b>					<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Médica	Nombre del PCP:	<input type="checkbox"/> Sí
						<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Dental	N.º del PCP:	<input type="checkbox"/> No
<b>Cambio</b>						<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Médica	Nombre del PCP:	<input type="checkbox"/> Sí
						<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Dental	N.º del PCP:	<input type="checkbox"/> No

**IV**

**Selección de cobertura adicional**

<p><b>Dental</b> (Elija solo uno. La disponibilidad del producto está limitada por las selecciones de su Empleador.):</p> <p><input type="checkbox"/> Para sí mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Para sí mismo y familia</p> <p><input type="checkbox"/> Para sí mismo pareja</p> <p><input type="checkbox"/> Para sí mismo y cónyuge</p> <p><input type="checkbox"/> Para sí mismo e hijo(s)</p>	<p><b>De Vida</b> (Si ofrece su empleador, la cobertura de la vida sólo está disponible para los empleados que trabajan un promedio de 25 horas a la semana o más):</p> <p><input type="checkbox"/> De Vida/AD/D (Consultar sección IX)</p> <p><input type="checkbox"/> De Vida para persona a cargo (Dep Vida)</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad a corto plazo (STD)</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad a largo plazo (LTD)</p> <p><input type="checkbox"/> De Vida Adicional</p> <p><input type="checkbox"/> Renuncia (Elija renunciar a todos los productos de Seguro de vida enumerados.)</p>
--	--

<b>V Renuncia a Selección de Cobertura</b>	
<b>Renuncio Cobertura Para</b> Médica <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Mi esposa <input type="checkbox"/> Mis hijo(s) a cargo Dental <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Mi esposa <input type="checkbox"/> Mis hijo(s) a cargo	<b>Debido a:</b> <input type="checkbox"/> Existencia de otro Grupo de Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Medicare o Medicaidn <input type="checkbox"/> Existencia de otro Individual de Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Otra razón (explicar) _____

Si usted está rechazando cobertura médica para usted y sus personas a cargo (inclusive su cónyuge) debido a cobertura con otro grupo, usted o sus personas a cargo pueden en el futuro afiliarse a este plan, siempre que usted solicite afiliación dentro de los 31 días después de que su cobertura con el otro grupo finalice. Además, usted puede tener oportunidad de afiliarse, junto con sus personas a cargo si solicita la afiliación dentro de los 31 días después de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si usted rehúsa cobertura para usted y las personas a su cargo debido a que tienen cobertura Medicaid o cobertura bajo un programa estatal de cobertura médica para niños (CHIP) en vigencia, usted y las personas a su cargo pueden afiliarse a este plan si usted o las personas a su cargo pierdan elegibilidad para esa cobertura, siempre y cuando usted solicite la afiliación dentro de los 60 días después de que termine la cobertura. Si usted está declinando cobertura médica y/o dental por cualquier otra razón, o si usted no completa este formulario, usted puede quedar limitado a afiliarse solamente durante el período de afiliación anual. Si usted o las personas a su cargo cumplen con los requisitos para recibir un subsidio estatal para ayuda con las primas otorgado por Medicaid o CHIP con respecto a este plan, usted y las personas a su cargo pueden cumplir con los requisitos para afiliarse a este plan, siempre que usted solicite afiliación dentro de los 60 días después de que se determine tal elegibilidad. Si usted rehúsa la cobertura de seguro de vida, seguro de vida para personas a cargo, discapacidad a corto plazo, discapacidad a largo plazo o seguro adicional, y elige afiliarse para recibir cobertura más adelante, tal vez usted deba presentar, y costear los gastos, prueba de asegurabilidad con USABLE. Para solicitar una afiliación especial para cobertura médica y/o dental, favor de llamar a nuestro Departamento de Servicios a Afiliados at (816) 395-2950.

<b>VI Otras Compañías de Cobertura Médica (para coordinación de beneficios)</b>
---

**1.** El día que comience la cobertura, ¿algún miembro de la familia estará cubierto por otro seguro médico o dental o Medicare, inclusive continuación de cobertura?  
 SÍ    NO   Si respondió 'sí', conteste todas las preguntas a continuación. Agregue hojas si hay más de una póliza adicional vigente.

<b>TIPO DE COBERTURA</b> <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> Seguro Dental	<b>NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO</b> _____ (CÓDIGO DE ÁREA) NO. TELÉFONO _____
---	--

<b>NOMBRE DEL ASEGURADO</b>	<b>NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL ASEGURADO</b>	<b>PÓLIZA NO.</b>	<b>FECHA DE INICIO</b>	<b>FECHA DE FINALIZACIÓN</b>

<b>FAMILIARES CUBIERTOS</b>		
1.	2.	3.

**2.** ¿Alguno de sus hijos a su cargo están sujetos a decreto de divorcio u orden judicial?    SÍ    NO  
 Su respondió 'sí', ¿la cobertura de quién es la primaria?    La suya    La de los otros padres

**3.** Si usted o las personas a su cargo tienen Medicare, incluya una copia de su tarjeta de Medicare con esta solicitud.  
 ¿Usted o las personas a su cargo tienen Medicare?    SÍ    NO   Si respondió 'sí', ¿está trabajando actualmente?    SÍ    NO  
 ¿Está usted jubilado?    SÍ    NO   Si respondió 'sí', escriba la fecha de su jubilación: \_\_\_\_\_

**4.** ¿Está usted o alguna de las personas a su cargo cubierto bajo COBRA o Continuación del Estado?    YES    NO  
 Si respondió 'sí', escriba la fecha de inicio y la fecha de finalización de cobertura.  
 Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Futura fecha de finalización: \_\_\_\_\_

**VII(a)**

**Para que se procese su solicitud, debe responder todas las preguntas**

La Ley Federal de No Discriminación de la Información Genética prohíbe a los seguros de salud solicitar, exigir, comprar o recopilar "información genética" para fines de análisis, selección y tarificación de riesgos. Entre la "información genética" se encuentran los exámenes genéticos suyos o de sus familiares y la manifestación de una enfermedad o trastorno de un familiar no cubierto por la póliza. La información genética también puede implicar solicitar o recibir servicios genéticos o la participación en investigación clínica que incluya servicios genéticos. No describa información genética en este formulario. Sin embargo, la información acerca de enfermedades o afecciones que manifieste cualquiera que solicite cobertura no se considera información genética y debe informarse en estos formularios, aún cuando la enfermedad o afección la provoque o se relacione con la genética.

Marque (✓) el casillero correspondiente si usted o el dependiente para el que solicita cobertura recibió alguna vez servicios médicos de un proveedor de atención de salud, durante los últimos cinco (5) años, para alguna de las enfermedades que se indican a continuación. Si marca la casilla Sí, explique detalladamente en la sección para información médica adicional que se encuentra a continuación.

**DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, ¿USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES PARA LOS QUE SOLICITA COBERTURA FUE DIAGNOSTICADO O TRATADO POR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?:**

- | <b>Sí</b>  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>   | <b>No</b>                |
|--|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 13. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 24. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Trastorno óseo, articular, muscular o reemplazo de articulaciones      |                          | Colesterol elevado<br><i>(Última lectura _____<br/>Fecha _____)</i>  |                          | Trastorno urinario, renal o de la vejiga  |                          |
| 2. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 14. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 25. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Artritis, gota, trastorno de cuello o espalda                          |                          | Diabetes, hemoglobina A1C<br><i>(Última lectura _____<br/>Fecha _____)</i>   |                          | Trastorno hepático, hepatitis A B C   |                          |
| 3. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 15. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 26. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Fibromialgia, síndrome de fatiga crónica                               |                          | VIH, SIDA, complejo relacionado con el SIDA  |                          | Tratamiento quiropráctico. Número de visitas en los últimos 12 meses _____      |                          |
| 4. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 16. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 27. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Lupus - Tipo _____   |                          | Papanicolaou anormal<br><i>(si la respuesta es sí, presente copias de los dos últimos resultados del Papanicolaou)</i> |                          | Trastorno intestinal o digestivo  |                          |
| 5. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 17. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 28. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Trastorno del sistema nervioso o del cerebro, enfermedad de Alzheimer  |                          | Infertilidad, trastorno reproductivo   |                          | Enfermedad de Crohn, diverticulitis, diverticulosis                             |                          |
| 6. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 18. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 29. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia, trastorno convulsivo  |                          | Cáncer - Tipo _____  |                          | Trastornos mentales o nerviosos   |                          |
| 7. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 19. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 30. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Esclerosis múltiple  |                          | Tumor, quiste, pólipo  |                          | Esquizofrenia, depresión maníaca, intento de suicidio                           |                          |
| 8. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 20. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 31. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de Parkinson  |                          | Trastorno respiratorio o pulmonar, asma, tuberculosis  |                          | Trastorno por déficit de la atención  |                          |
| 9. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 21. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 32. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Trastorno cardíaco o circulatorio                                      |                          | Enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica  |                          | Anorexia, bulimia   |                          |
| 10. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 22. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 33. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Derrame cerebral   |                          | Trastorno pancreático  |                          | Alguna otra anomalía, deformidad, defecto congénito (indíquelos a continuación) |                          |
| 11. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 23. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 34. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Hipertensión arterial<br><i>(Última lectura _____<br/>Fecha _____)</i> |                          | Trastorno de la tiroides, bocio  |                          | Glaucoma, lecturas de presión ocular<br>D _____ I _____                         |                          |
| 12. <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |  |                          | 35. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Trastorno sanguíneo, leucemia, hemofilia                               |                          |  |                          | Trastornos de la vista, cataratas   |                          |

**36. INDIQUE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD, DIAGNOSTICADA O POR LA QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, NO MENCIONADA ANTERIORMENTE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VII(b)**

**Información médica adicional – A continuación entregue información detallada a las preguntas que respondió en la sección VIII(a): (agregue una hoja de ser necesario)**

NUMERO DE PREGUNTA	PERSONA TRATADA	ENFERMEDAD Y TIPO DE TRATAMIENTO	FECHA EN QUE SUCEDIÓ	ULTIMA FECHA PERSONA TRATADA DE TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL	NOMBRE COMPLETO Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR

**VII(c)**

**Información del empleado y la familia – Empleado y dependientes del empleado que se inscribirán: (agregue una hoja de ser necesas)**

Marque la casilla adecuada para responder las siguientes preguntas. Si marca la casilla Sí por favor dé una explicación completa y detallada.

**A.** ¿Está usted, un familiar o dependiente embarazada actualmente? (considere a cualquier dependiente que no solicite cobertura)  
 Sí  No Si la respuesta es sí, indique el nombre \_\_\_\_\_ Fecha de parto: \_\_\_\_\_  
 ¿Hay algún parto múltiple anticipado?  Sí  No

**B.** Dentro de los últimos 12 meses ¿ha estado usted o alguno de sus dependientes hospitalizado?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, indique quién \_\_\_\_\_ Número de ingresos hospitalarios \_\_\_\_\_  
 Duración de la hospitalización \_\_\_\_\_ Motivo de la hospitalización \_\_\_\_\_

**C.** Dentro de los últimos 12 meses ¿le han recomendado a usted o a alguno de sus dependientes que se someta a una cirugía, tratamiento, examen o estudio que AUN NO SE HA REALIZADO?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique el nombre \_\_\_\_\_  
 Tipo de examen, cirugía, tratamiento o estudio \_\_\_\_\_ Fecha de la realización o programación \_\_\_\_\_

**D.** Dentro de los últimos 12 meses ¿usted o a alguno de sus dependientes recibió atención en la Sala de Urgencias?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, indique el nombre \_\_\_\_\_ Número de consultas a la sala de urgencias en los últimos 12 meses \_\_\_\_\_ Motivo de las consultas \_\_\_\_\_

**E.** ¿Usted o alguno de sus dependientes ha consultado a un médico, siquiatra, sicólogo, trabajador social, quiropráctico, enfermera practicante, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla o cualquier otro profesional de la salud por cualquier motivo, entre otros un examen médico anual en los últimos 5 años?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_

**F.** Durante los últimos 12 meses ¿algún familiar ha recibido orientación individual o grupal?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, indique el nombre \_\_\_\_\_ Frecuencia de la orientación \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última sesión de orientación \_\_\_\_\_

**G.** ¿Alguna vez usted o alguno de sus dependientes se sometió a un trasplante de órganos, o le recomendaron que se sometiera a uno, de cualquier tipo en los últimos 5 años?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique el nombre \_\_\_\_\_  
 Tipo \_\_\_\_\_

**H.** ¿Alguna vez usted o alguno de sus dependientes consumió o recibió tratamiento u orientación por consumo de lo siguiente en los últimos 5 años?  
 a) Consumo de alcohol, sedantes, alucinógenos, sustancias ilegales, narcóticos o cualquier droga distinta a las recetadas por un médico.  
 Sí  No  
 b) Si la respuesta es sí a alguno de los artículos de la letra (a) indique los tipos de consumo, tratamiento y las fechas.  
 Fecha en que los consumió por última vez \_\_\_\_\_ Date and Type of Treatment: \_\_\_\_\_  
 c) ¿Ha sido condenado por conducir bajo la influencia del alcohol (DUI) en los últimos 5 años?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, indique las fechas \_\_\_\_\_

**I.** Indique los medicamentos de venta con receta médica que usted o alguno de sus dependientes ha tomado dentro de los últimos 12 meses.

**J.** ¿Alguna vez usted o alguno de sus dependientes ha fumado o consumido productos del tabaco, como cigarrillos, habanos, pipa o tabaco para mascar en los últimos 5 años?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique el nombre \_\_\_\_\_  
 ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto consumió diariamente? \_\_\_\_\_ Si ya no consume productos del tabaco, ¿cuándo usted o alguno de sus dependientes dejó de hacerlo? \_\_\_\_\_

**K.** ¿Alguna de las personas a su cargo es discapacitada?  Sí (Dé detalles en una página separada)  No



**VIII**

**Si se inscribe en un BlueSaver PPO y planifica establecer una HSA con la institución bancaria preferida de su empleador, sírvase completar lo siguiente:**

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO (CONFORME A LAS REGLAS FEDERALES, SE NECESITA SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA ESTABLECER UNA HSA)

DIRECCIÓN DE LA CASA (SI USTED PROPORCIONÓ UNA DIRECCIÓN DE CASILLA DE CORREO EN LA SECCIÓN I, CONFORME A LAS REGLAS FEDERALES SE NECESITA UNA DIRECCIÓN DE CASA PARA ESTABLECER UNA HSA)

**IX Si contrata un seguro de vida, indique lo siguiente: (agregue una hoja de ser necesario)**

**Sueldo del empleado** Por Hora \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Anual \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS PRIMARIOS (Cobrarán la póliza si están vivos cuando muere el empleado):**

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL)	DIRECCIÓN	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	PORCENTAJE

El total debe equivaler al 100% =

**BENEFICIARIOS SECUNDARIOS (Cobrarán la póliza si los beneficiarios primarios no están vivos):**

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL)	DIRECCIÓN	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	PORCENTAJE

(Para una nueva cobertura con USABLE Life, o cuando cambia un beneficiario bajo una cobertura existente, esta designación revoca toda designación de beneficiario existente que usted haya hecho.)

El total debe equivaler al 100% =

**X**

**Acuerdo y Acuse de Recibo**

Solicito cobertura según el contrato de grupo ("contrato") emitido por Blue Cross and Blue Shield of Kansas City ("Blue KC") y Good Health HMO, Inc. d/b/a Blue Care, y la cobertura según la póliza de seguro de vida de grupo ("póliza") emitida por USABLE Life según se modifiquen cada cierto tiempo. Autorizo a mi empleador para que deduzca de mis ingresos los aportes que se requieren. Comprendo que la cobertura según el contrato y la cobertura según la póliza de seguro de vida de grupo emitidas por USABLE Life estarán disponibles sujetas a las exclusiones, limitaciones y beneficios, según corresponda, descritos en el contrato y en la póliza de seguro de vida de grupo emitidas por USABLE Life y el certificado de USABLE Life. Autorizo al médico, hospital, clínica, u otro establecimiento con fines médicos, compañía de seguros o de reaseguros, que tenga información sobre mí o de cualquier familiar (sólo los que han solicitado cobertura en esta solicitud) respecto de nuestra salud física o mental, otra cobertura de seguros, actividades peligrosas, carácter, reputación general, finanzas, y vocación a dar a USABLE Life, sus reaseguradores o representante legal cualquier y toda la información para su uso a fin de contratar un seguro. Autorizo a las fuentes señaladas, a entregar dichos registros o conocimiento a cualquier organismo empleado por la empresa para recopilar y transmitir dicha información a fin de facilitar su presentación rápida. Acepto que esta autorización será válida por dos (2) años, a partir de la fecha de la solicitud. Acepto que una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original y comprendo que puedo obtener una copia para mí o mi representante si la solicito. Declaro que las declaraciones y respuestas de esta solicitud son verdaderas, completas y que se registraron correctamente. Comprendo que las declaraciones y respuestas que yo proporcioné en esta solicitud serán la base de cualquier cobertura que se emita, y que la cobertura está condicionada a la veracidad de las mismas.

Comprendo que si en cualquier momento Blue KC o USABLE Life determina que una persona indicada en esta solicitud no cumplió la definición de dependiente del contrato o de la póliza, Blue KC o USABLE Life tiene el derecho de poner término o rescindir la cobertura para esa persona o para todas las personas que no cumplen los requisitos según la solicitud, y a recuperar cualquier pago de beneficios realizado a dichas personas no idóneas. Además, comprendo que si falseo intencionalmente cualquier parte de la información de la solicitud, Blue KC o USABLE Life tiene el derecho de poner término o rescindir la cobertura para esa persona o para todas las personas según la solicitud; sin embargo, ninguna declaración que haga anulará mi cobertura a menos que estas sean fundamentales para el riesgo asumido y que estén incluidas en mi solicitud por escrito. Después de que mi cobertura haya estado vigente por dos (2) años, a partir de la fecha de entrada en vigencia, ninguna declaración que haga, excepto aquellas fraudulentas, anulará mi cobertura médica o dental, o reducirá mis beneficios. Comprendo que Blue KC y USABLE Life mantendrán estrictamente la confidencialidad de mi historia clínica, de acuerdo con las leyes estatales y federales correspondientes.

Autorizo al banco seleccionado por mi empleador y a Blue KC como la compañía de seguros de mi plan de salud con deducibles altos y a mi empleador, si corresponde, a intercambiar información sobre mi estado de inscripción y otra información necesaria para establecer mi cuenta, facilitar depósitos directos en mi cuenta y para lograr otros fines relacionados con el pago de mi atención médica, como cumplir con los términos de mi acuerdo depositario. Eximo de cualquier responsabilidad e indemnizaré al banco seleccionado por mi empleador y a BlueKC por cualquier reclamación o pérdida que el banco seleccionado por mi empleador y BlueKC puedan sufrir al confiar en esta autorización y eximo al banco seleccionado por mi empleador y a BlueKC de toda responsabilidad como resultado de tal confianza.

**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 está para el propósito informativo solamente; y la versión inglesa controlará a menos que la lengua en la otraversión de la lengua se demuestre para ser una mala representación fraudulenta.**

FIRMA DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL CÓNYUGE:: \_\_\_\_\_

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: \_\_\_\_\_ NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Notices**

**AVISO DE LA LEY DE SALUD DE LA MUJER Y DERECHOS DE PACIENTES DE CÁNCER:**

Junto con los beneficios detallados en su Certificado de Cobertura y Plan de Beneficios, sus beneficios incluyen cobertura por (1) reconstrucción mamaria relacionada con una mastectomía, inclusive reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; (2) prótesis; y (3) tratamiento de complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, inclusive linfedemas. Esta cobertura queda sujeta a copagos, coseguros, y deducibles según los otros beneficios de su plan. Este aviso se proporciona conforme a la ley federal de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer de 1998.

**RESUMEN DE BENEFICIOS Y AVISO DE COBERTURA:**

Si desea una copia del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC según su sigla en inglés) para el producto que está solicitando, favor de pedirle una copia a su empleador. El SBC está disponible de forma gratuita. El SBC también está disponible en forma electrónica en BlueKC.com. La información en el SBC está sujeta a cambios antes de su fecha de entrada en vigencia.

**NOTIFICACIÓN RELACIONADA CON LA PROTECCIÓN DE CREENCIAS RELIGIOSAS Y CONVICCIONES MORALES:**

Su cobertura no incluye la cobertura electiva por terminación de embarazo.





**Kansas City**

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

# Employee Application and Change Form



BlueKC.com • One Pershing Square, 2301 Main, P.O. Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169 • 816-395-2222

## GROUPS WITH 51-99 EMPLOYEES

Please Complete All Boxes LEGIBLY (Print) IN BLUE OR BLACK INK and Sign.

**Preferred-Care Blue PPO ; Blue-Care HMO\***

If application is to be used as a Change Form, please specify event below.

DATE OF EVENT: \_\_\_\_\_ PROPOSED EFFECTIVE DATE: \_\_\_\_\_

- Birth   
  Change of Address   
  Divorce   
  Marriage   
  Death   
  Change of Beneficiary   
  Adoption/Placement  
 Loss of Other Group Coverage   
  Reaching Lifetime Benefit Maximum

### I Employee Information Only

1. LAST NAME		FIRST NAME	MIDDLE INITIAL	2. STREET ADDRESS	
3. CITY		STATE		ZIP CODE	4. HOME PHONE NO. WORK PHONE NO.
5. E-MAIL ADDRESS <i>Blue KC may use this e-mail address to provide documents, materials, and other notices related to this coverage.</i>			6. BIRTH DATE	7. SOCIAL SECURITY NO.	
8. HIRE DATE	9. EMPLOYER		POSITION		10. NO. OF HOURS WORKED PER WEEK

### II Medical Coverage Selection

11. I Elect The Following Coverage (Select only one available Product. Product availability is limited to your Employer's selections.):

**AffordaBlue (PPO)**

- \$2,500     \$5,000

**Preferred-Care Blue (PPO)**

- \$300     \$500     \$1,000     \$1,500     \$2,000     \$3,500

**High Deductible Health Plan (HDHP)**

- \$2,000     \$2,500     \$5,000

**PersonalBlue Health Reimbursement Arrangement (HRA)**

- \$2,000     \$2,500     \$5,000

**BlueSaver (For use with an HSA)**

- \$2,000     \$2,500     \$5,000

**HMO**

*An HSA will be established unless you indicate otherwise. Please complete section VIII.*

- No, I do not want to open an HSA

Medical Coverage To Be For (Select only one.):

- Self   
  Self + Child(ren)   
  Self + Spouse   
  Self + Family   
  Self + Domestic Partner

**III Family Information - Employee and Employee's Dependents to be Enrolled or Changed (attach sheet if necessary)**

CHECK APPROPRIATE BOX	SOCIAL SECURITY NO.	LAST NAME	FIRST NAME	M.I.	DATE OF BIRTH	GENDER	INDICATE COVERAGE	PRIMARY CARE PHYSICIAN (Complete only if applying for HMO Coverage)	CURRENT PATIENT
<input type="checkbox"/> New	EMPLOYEE					<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Medical	PCP Name:	<input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> Change						<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Dental	PCP No.:	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New	SPOUSE					<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Medical	PCP Name:	<input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> Change						<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Dental	PCP No.:	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New	CHILD					<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Medical	PCP Name:	<input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> Change						<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Dental	PCP No.:	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New	CHILD					<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Medical	PCP Name:	<input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> Change						<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Dental	PCP No.:	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New	CHILD					<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Medical	PCP Name:	<input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> Change						<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Dental	PCP No.:	<input type="checkbox"/> No

**IV Ancillary Coverage Selection**

<p><b>Dental</b> (Select only one. Product availability is limited to your Employer's selections.):</p> <p><input type="checkbox"/> Self                                      <input type="checkbox"/> Self + Spouse</p> <p><input type="checkbox"/> Self + Family                              <input type="checkbox"/> Self + Child(ren)</p> <p><input type="checkbox"/> Self + Domestic Partner</p>	<p><b>Life</b> (If offered by your Employer, Life coverage is available only for Employees who work an average of 25 hours a week or more.):</p> <p><input type="checkbox"/> Life/AD&amp;D (See Section IX)              <input type="checkbox"/> Long Term Disability (LTD)</p> <p><input type="checkbox"/> Dependent Life (Dep Life)              <input type="checkbox"/> Supplemental Life</p> <p><input type="checkbox"/> Short Term Disability (STD)              <input type="checkbox"/> Waive (I choose to waive all Life products listed.)</p>
--	--

**V Waiver of Coverage Selection**

<p><b>I Decline Coverage For</b></p> <p>Medical    <input type="checkbox"/> Self    <input type="checkbox"/> My Spouse    <input type="checkbox"/> My Dependent Child(ren)</p> <p>Dental    <input type="checkbox"/> Self    <input type="checkbox"/> My Spouse    <input type="checkbox"/> My Dependent Child(ren)</p>	<p><b>Due to:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Existence of Other Group Health Coverage</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare or Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Existence of Other Individual Health Coverage</p> <p><input type="checkbox"/> Other Reason (explain) _____</p>
---	--

If you are declining medical coverage for yourself or your dependents (including your spouse) because of other group coverage, you or your dependents may in the future be able to enroll in this plan, provided that you request enrollment within 31 days after your other group coverage ends. In addition, you may be able to enroll yourself and your dependent(s), provided that you request enrollment within 31 days after a marriage, birth, adoption or placement for adoption. If you decline coverage for yourself or your dependents while Medicaid coverage or coverage under a state children's health insurance program (CHIP) is in effect, you and your dependents may be able to enroll in this plan if you or your dependents lose eligibility for that coverage, provided you request enrollment within 60 days after that coverage ends. If you are declining medical and/or dental coverage for any other reason, or if you fail to complete this form, you may be limited to enrolling only during the annual enrollment period. If you or your dependents become eligible for a state premium assistance subsidy from Medicaid or CHIP with respect to this plan, you and your dependents may be eligible to enroll in this plan, provided you request enrollment within 60 after such eligibility is determined. If you decline the life, dependent life, short term disability, long term disability or supplemental life coverage and elect to enroll for coverage at a later date, you may be required to submit, at your own expense, evidence of insurability to USABLE Life. To request a special enrollment for medical and/or dental coverage, please contact our Member Services Department at (816) 395-2950.

**VI Other Health Insurance Carrier (for Coordination of Benefits)**

1. On the day the coverage begins, will any family members be covered by other health or dental insurance or Medicare, including continuation of coverage?

YES  NO If yes, answer all questions below. Attach sheet if more than one additional policy will be in force.

COVERAGE TYPE <input type="checkbox"/> Medical Insurance <input type="checkbox"/> Dental Insurance	INSURANCE COMPANY NAME (AREA CODE) PHONE NO.	POLICY NO.
NAME OF INSURED	INSURED'S EMPLOYER NAME	EFFECTIVE DATE
TERMINATION DATE		

FAMILY MEMBERS COVERED

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. Are any of your dependent children subject to a divorce decree or court order?  YES  NO

If yes, whose coverage is primary?  Yours  The Other Parent's

3. If you or your dependent(s) have Medicare, include a copy of your Medicare card(s) with this Application.

Do you or your dependent(s) have Medicare?  YES  NO If yes, are you actively working?  YES  NO

Are you retired?  YES  NO If yes, please provide date of retirement:

4. Are you or any of your dependent(s) covered under COBRA or State Continuation?  YES  NO

If yes, please provide the effective date and future termination date of coverage:

Effective Date: \_\_\_\_\_ Future Termination Date: \_\_\_\_\_

**VII(a) All Questions Must be Answered Before Your Application Will be Processed**

The federal Genetic Information Nondiscrimination Act prohibits health insurers from requesting, requiring, purchasing, or collecting "genetic information" for underwriting purposes. "Genetic information" includes your genetic tests, the genetic tests of your family members, and the manifestation of a disease or disorder in family members not covered by the policy. Genetic information can also include requests for, or receipt of, genetic services, or participation in clinical research which includes genetic services. Do not report genetic information on this form. However, information about manifested diseases or conditions of anyone applying for coverage is not considered genetic information and is to be reported on this form, even if the disease or condition is caused by or associated with genetics.

Please check (✓) appropriate box if you or a dependent applying for coverage ever received in the past five (5) years, medical services from a health care provider for any of the conditions listed below. If checked yes, please explain completely in the additional medical information section below. **WITHIN THE LAST 5 YEARS HAVE YOU OR ANY DEPENDENTS APPLYING FOR COVERAGE BEEN DIAGNOSED OR TREATED FOR ANY OF THE FOLLOWING CONDITIONS?:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>YES NO</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bone/Joint/Muscular Disorder/<br/>Joint Replacement</p> <p>2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis/Gout/Back or Neck<br/>Disorder</p> <p>3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibromyalgia/Chronic Fatigue<br/>Syndrome</p> <p>4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus - Type _____</p> <p>5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervous System/Brain Disorder/<br/>Alzheimer's</p> <p>6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizure Disorder</p> <p>7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis</p> <p>8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease</p> <p>9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart/Circulatory Disorder</p> <p>10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stroke</p> <p>11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> High Blood Pressure<br/>(Last reading _____<br/>Date _____)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blood Disorder/Leukemia/<br/>Hemophilia</p> | <p><b>YES NO</b></p> <p>13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Elevated Cholesterol<br/>(Last reading _____<br/>Date _____)</p> <p>14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes-Hemoglobin A1C<br/>(Last reading _____<br/>Date _____)</p> <p>15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV/AIDS/AIDS Related Complex</p> <p>16. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abnormal Pap Smear<br/>(If yes, submit copies of last 2 pap<br/>smear results)</p> <p>17. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infertility/Reproductive Disorder</p> <p>18. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer - Type _____</p> <p>19. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumor/Cyst/Polyp</p> <p>20. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiratory/Lung Disorder/Asthma/<br/>Tuberculosis</p> <p>21. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Emphysema/Chronic Obstructive<br/>Pulmonary Disease</p> <p>22. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pancreatic Disorder</p> <p>23. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thyroid Disorder/Goiter</p> | <p><b>YES NO</b></p> <p>24. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kidney/Bladder/Urinary Disorder</p> <p>25. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Liver Disorder/Hepatitis A B C</p> <p>26. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chiropractic Treatment - Number of<br/>Visits in Last 12 Months _____</p> <p>27. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Digestive/Intestinal Disorder</p> <p>28. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Crohn's Disease/Diverticulitis/<br/>Diverticulosis</p> <p>29. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mental/Nervous Disorders</p> <p>30. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schizophrenia/Manic-Depression/<br/>Suicide Attempt</p> <p>31. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Attention Deficit Disorder</p> <p>32. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anorexia/Bulemia</p> <p>33. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Any Other Abnormality/Deformity/<br/>Birth Defect (List all below)</p> <p>34. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma-Eye Pressure Readings<br/>R _____ L _____</p> <p>35. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eye Disorders/Cataracts</p> |
|---|---|---|

36. PLEASE LIST ANY OTHER CONDITION(S), DIAGNOSED OR TREATED IN THE LAST 5 YEARS, NOT MENTIONED ABOVE: \_\_\_\_\_

LAST NAME \_\_\_\_\_

FIRST NAME \_\_\_\_\_

**VII(b) Additional Medical Information - List below full details to questions answered in Section VIII(a) (attach sheet if necessary)**

QUESTION NO.	PERSON TREATED	CONDITION & TYPE OF TREATMENT	DATE OCCURRED	LAST DATE OF TREATMENT	CURRENT STATUS	COMPLETE NAME AND ADDRESS OF PROVIDER

**VII(c) Employee and Family Information - Employee and Employee's Dependents to be Enrolled (attach sheet if necessary)**

Please check appropriate box to answer the following questions. If the Yes box is checked, please explain completely and in detail.

**A.** Are you or any family member or dependent currently pregnant? (Including any dependent not applying for coverage?)  YES  NO  
 If yes, Name(s) \_\_\_\_\_ Due Date(s): \_\_\_\_\_

Any multiple births anticipated?  YES  NO

**B.** Within the past 12 months have you or any dependents been a patient in the hospital?  YES  NO

If yes, who \_\_\_\_\_ Number of hospital admissions \_\_\_\_\_  
 Length of stays \_\_\_\_\_ Reason for hospitalizations \_\_\_\_\_

**C.** Within the past 12 months have you or any dependents been advised to have surgery, treatments, tests or studies NOT YET PERFORMED?  
 YES  NO

If yes, Name(s) \_\_\_\_\_ Type of test, surgery, treatment or study \_\_\_\_\_  
 Date performed or scheduled \_\_\_\_\_

**D.** Within the past 12 months have you or any dependents received Emergency Room Care?  YES  NO

If yes, Name(s) \_\_\_\_\_ Number of ER visits in past 12 months \_\_\_\_\_  
 Reason(s) for visit(s) \_\_\_\_\_

**E.** Have you or any of your dependents, consulted a physician, psychiatrist, psychologist, social worker, chiropractor, nurse practitioner, physical, occupational or speech therapist or any other health care professional for any reason, including an annual physical in the last 5 years?  YES  NO

If yes, please explain \_\_\_\_\_

**F.** Has any family member had individual or group counseling the last 12 months?  YES  NO

If yes, Name(s) \_\_\_\_\_ Frequency of counseling \_\_\_\_\_  
 Date of last counseling session \_\_\_\_\_

**G.** Have you or any of your dependents, ever had or been advised to have an organ transplant of any type in the last 5 years?  YES  NO

If yes, Name(s) \_\_\_\_\_ Type \_\_\_\_\_

**H.** Have you or any of your dependents, ever used or been treated, or counseled due to use of the following in the last 5 years:

a) Use of alcohol, sedatives, hallucinogens, illegal substances, narcotics or any other drugs, other than those prescribed by a physician.  
 YES  NO

b) If yes to any items in (a) please indicate types of use; treatment; and, dates. Date since last use? \_\_\_\_\_  
 Date and Type of Treatment: \_\_\_\_\_

c) Been convicted of a DUI in the last 5 years?  YES  NO If yes, Date(s) \_\_\_\_\_

**I.** Please list all prescription medications taken within the last 12 months by you or any of your dependents.

**J.** Have you or any of your dependents, ever smoked or used tobacco products, including cigarettes, cigars, pipes, or chewing tobacco in the last 5 years?  YES  NO

If yes, Name(s) \_\_\_\_\_ For how long? \_\_\_\_\_  
 How much used daily? \_\_\_\_\_ If no longer using tobacco products, when did you/dependent(s) quit? \_\_\_\_\_

**K.** Are any dependents disabled?  YES (Give details on a separate page)  NO



LAST NAME \_\_\_\_\_

FIRST NAME \_\_\_\_\_

**VIII**

**If You Are Enrolling in a BlueSaver PPO Plan and Plan to Establish an HSA With Your Employer's Preferred Banking Institution, Please Complete the Following:**

EMPLOYEE'S SOCIAL SECURITY NUMBER *(UNDER FEDERAL RULES, YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER IS REQUIRED TO ESTABLISH AN HSA)*

PHYSICAL ADDRESS *(IF YOU PROVIDED A POST OFFICE BOX IN SECTION I, A PHYSICAL ADDRESS IS REQUIRED UNDER FEDERAL RULES TO ESTABLISH AN HSA)*

**IX**

**If You Are Enrolling in Life Insurance, Please Complete the Following:** (attach sheet if necessary)

**Employee's Earnings** Hourly \_\_\_\_\_ Monthly \_\_\_\_\_ Yearly \_\_\_\_\_

**PRIMARY BENEFICIARY(IES) (Will receive proceeds if living at death of Employee):**

NAME (LAST, FIRST, M.I.)	ADDRESS	SOCIAL SECURITY NO.	BIRTHDATE	RELATIONSHIP	PERCENTAGE

Total must equal 100% =

**CONTINGENT BENEFICIARY(IES) (Will receive proceeds if Primary Beneficiary(ies) are not living):**

NAME (LAST, FIRST, M.I.)	ADDRESS	SOCIAL SECURITY NO.	BIRTHDATE	RELATIONSHIP	PERCENTAGE

*(For new coverage with USABLE Life, or when changing a beneficiary under existing coverage, this designation revokes any existing beneficiary designation you have made.)*

Total must equal 100% =

**X Agreement and Acknowledgement**

I request coverage under the Group Contract(s) ("Contract") issued by Blue Cross and Blue Shield of Kansas City ("Blue KC") and Good Health HMO, Inc. d/b/a Blue Care and coverage under the Group Life Policy ("Policy") issued by USABLE Life as may from time to time be amended. I authorize my Employer to deduct from my earnings any required contributions. I understand coverage under the Contract and coverage under the Group Life Policy issued by USABLE Life will be available subject to the exclusions, limitations and benefits described in, as applicable, the Contract and the Group Life Policy issued by USABLE Life and the USABLE Life certificate. I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic, or other medically related facility, insurance or reinsurance company, having information on me or any member of my family (only those who have applied for coverage on this application) regarding our mental and physical health, other insurance coverage, hazardous activities, character, general reputation, finances, and vocation to give to USABLE Life, its reinsurers, or its legal representative any and all such information to use for underwriting insurance. I authorize all said sources, to give such records or knowledge to any agency employed by the company to collect and transmit such information in order to facilitate its rapid submission. I agree that this authorization shall be valid for two (2) years from the application date. I agree that a photocopy of this authorization shall be as valid as the original, and I understand that a copy is available to me or my representative upon request. I represent that the statements and answers in this application are true, complete and correctly recorded. I understand that the statements and answers provided by me in this application shall be a basis of any coverage issued and the coverage is conditioned upon its truth.

I understand that if at any time it is determined by Blue KC or USABLE Life that a person listed on this application did not meet the Contract's or Policy's definition of dependent, Blue KC and/or USABLE Life has the right to terminate or rescind coverage for that person or for all ineligible persons under the application, and to recover any benefit payments made for such ineligible person or persons. Furthermore, I understand that if I intentionally misrepresented any of the information on the application, Blue KC and/or USABLE Life have the right to terminate or rescind coverage for that person or for all persons under the application; however no statement I make voids my coverage unless my statements are material to the risk assumed and contained in my written application. After my coverage has been in force for two (2) years from the effective date, no statement except fraudulent statements I make voids my medical or dental coverage or reduces my benefits. I understand that my medical records will be maintained with strict confidentiality by Blue KC and USABLE Life in accordance with applicable federal and state laws.

I authorize the bank selected by my Employer and Blue KC as the insurer of my high deductible health plan, and my Employer, if applicable, to exchange my enrollment status and other information necessary to establish my account, facilitate direct deposits to my account and accomplish other purposes related to payment for my healthcare, including complying with the terms of my depository agreement. I hold harmless and will indemnify the bank selected by my Employer and Blue KC for any claims against or losses the bank selected by my Employer and Blue KC may suffer arising out of the bank selected by my Employer and Blue KC's reliance on this authorization and release the bank selected by my Employer and Blue KC from all liability arising from such reliance.

**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 está para el propósito informativo solamente; y la versión inglesa controlará a menos que la lengua en la otraversión de la lengua se demuestre para ser una mala representación fraudulenta.**

EMPLOYEE'S SIGNATURE: \_\_\_\_\_ SPOUSE'S SIGNATURE: \_\_\_\_\_

PRINTED NAME: \_\_\_\_\_ PRINTED NAME: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**Notices**

**NOTICE OF WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT:**

Along with benefits detailed in your Certificate of Coverage and Schedule of Benefits, your benefits include coverage for (1) breast reconstruction in connection with a mastectomy, including reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance; (2) prosthesis; and (3) treatment of physical complications from all stages of mastectomy, including lymphedemas. This coverage is subject to copayments, coinsurance and deductibles consistent with other benefits under your plan. This notice is being provided in accordance with the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998, a federal law.

**SUMMARY OF BENEFITS AND COVERAGE NOTICE:**

If you would like a copy of the Summary of Benefits and Coverage (SBC) for the product you are applying for, please see your employer for a copy. The SBC is available free of charge. SBCs are also available electronically at BlueKC.com. The information in the SBC is subject to change prior to your effective date.

**NOTICE RELATING TO THE PROTECTION OF RELIGIOUS BELIEFS AND MORAL CONVICTIONS:**

Your coverage does not include elective pregnancy termination coverage.