



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 ⋮ BlueSelect ⋮

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. SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | 6. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | | 7. FECHA DE NACIMIENTO | | 8. EMPLEADOR | |
| 9. CARGO | | 10. FECHA DE CONTRATACIÓN | 11. CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA | | 12. FRECUENCIA DE PAGO <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semimensual <input type="checkbox"/> Mensual | | |
| 13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO Blue KC puede usar esta dirección de correo electrónico para proporcionar documentos, materiales y otros avisos relacionados con esta cobertura. | | | | | | | |

II Información sobre la Familia-Empleado y Personas a Cargo del Empleado que se van a afiliar (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 | Altura | Peso | Marcar la cobertura deseada | Medico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) (sólo complete si está solicitando cobertura de HMO) | Paciente Actual |
|---|----------------------|-------------------------------------|---------------|---------------------|---|--------|------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio | EMPLEADO | | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision | Nombre del PCP: N.º del PCP: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio | CÓNYUGE | | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision | Nombre del PCP: N.º del PCP: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio | MENOR | | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision | Nombre del PCP: N.º del PCP: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio | MENOR | | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision | Nombre del PCP: N.º del PCP: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio | MENOR | | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision | Nombre del PCP: N.º del PCP: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio | MENOR | | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision | Nombre del PCP: N.º del PCP: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

III Renuncia a Selección de Cobertura

| | |
|---|---|
| Renuncio Cobertura Para 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 Vision <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Mi esposa <input type="checkbox"/> Mis hijo(s) a cargo | Debido a: <input type="checkbox"/> Existencia de otro Grupo de Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Existencia de otro Individual de Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Medicare o Medicaid <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 USABLE Life, 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.

IV Selección de Cobertura Médica

Yo elijo la siguiente cobertura (Elija solo un producto disponible. La disponibilidad del producto está limitada por las selecciones de su Empleador. *Se aplica a los residentes de Missouri sólo:* Si se ofrece un producto EPO, su empleador también debe ofrecer un producto que no sea EPO. Los beneficios del producto básico se limitan a los servicios que proporcionan los proveedores preferidos, excepto los servicios de emergencia y determinadas visitas al consultorio por salud mental. No están cubiertos los servicios que proporcionan los proveedores no preferidos, excepto los que se indican específicamente. Los servicios cubiertos para determinadas visitas al consultorio por salud mental incluyen 2 visitas al consultorio por año calendario, para el diagnóstico o la evaluación de enfermedades mentales, a un proveedor no preferido que se desempeñe en el ámbito de su licencia.:

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Preferred-Care Blue</p> <p><u>Preferred-Care Blue (PPO)</u> <input type="checkbox"/> \$500 (OOPM \$1,500) <input type="checkbox"/> \$500 (OOPM \$3,500) <input type="checkbox"/> \$1,000 (OOPM \$2,500) <input type="checkbox"/> \$1,000 (OOPM \$4,000) <input type="checkbox"/> \$1,500 (OOPM \$4,500) <input type="checkbox"/> \$1,500 (OOPM \$6,000) <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$2,700 <input type="checkbox"/> \$3,000 (OOPM \$3,000) <input type="checkbox"/> \$3,000 (OOPM \$5,000) <input type="checkbox"/> \$4,000 <input type="checkbox"/> \$5,000</p> <p><u>AffordBlue (PPO)</u> <input type="checkbox"/> \$5,500</p> <p><u>Acuerdo de reembolso de salud (HRA, por sus siglas en inglés) de Personal-Blue</u> <input type="checkbox"/> \$3,000</p> <p><u>BlueSaver (para usarse con una cuenta de ahorros para salud (HSA, por sus siglas en inglés))*</u> <input type="checkbox"/> \$2,800 <input type="checkbox"/> \$4,000 <input type="checkbox"/> \$5,000</p> | <p style="text-align: center;">BlueSelect Plus[†]</p> <p><u>BlueSelect Plus (PPO)[†]</u> <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$3,000 (OOPM \$3,000) <input type="checkbox"/> \$3,000 (OOPM \$5,000) <input type="checkbox"/> \$4,000 <input type="checkbox"/> \$4,000 (EPO)</p> <p><u>BlueSelect Plus BlueSaver (con HSA)*[†]</u> <input type="checkbox"/> \$3,000 (PPO) <input type="checkbox"/> \$5,000 (PPO) <input type="checkbox"/> \$5,000 (EPO)</p> <p><u>Spira con BlueSelect Plus[†]</u> <input type="checkbox"/> \$1,500 (EPO) <input type="checkbox"/> \$3,500 (EPO) <input type="checkbox"/> \$7,000 (EPO)</p> <p><u>Spira con BlueSelect Plus BlueSaver (con HSA)*[†]</u> <input type="checkbox"/> \$3,000 (EPO)</p> |
|---|--|

*Se establecerá una HSA al menos que usted indique lo contrario. Favor de completar la sección VIII. No, no quiero abrir una HSA.
 † Debe cumplir con los requisitos del código postal para inscribirse en esta opción del plan.

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

V Selección de cobertura adicional

1. Dental y/o Vision Elija solo uno. La disponibilidad del producto está limitada por las selecciones de su Empleador. Si su empleador eligió ofrecer un plan de cobertura total, seleccione el plan básico o el plan de cobertura total. Si no selecciona ninguno, el plan básico será el plan que se elegirá de manera predeterminada. Comprendo que al seleccionar esta opción, puede aumentar mi prima.

Dental: Sí mismo Sí mismo y cónyuge Sí mismo y familia Sí mismo e hijo(s) Sí mismo pareja Básico Cobertura total

Vision: Sí mismo Sí mismo y cónyuge Sí mismo y familia Sí mismo e hijo(s) Sí mismo pareja Básico Cobertura total

2. Tipo de cobertura vida La cobertura de la vida sólo está disponible para los empleados que trabajan un promedio de 25 horas a la semana o más. Si lo desea, seleccione "Sí", en caso contrario, seleccione "No." La disponibilidad de los productos se limita a las selecciones de su empleador. Empleador puede o no puede proporcionar a todos los montos de las contribuciones de prima para la cobertura de la vida. Si usted rechaza la cobertura de USABLE Life y elige inscribirse para recibir cobertura en una fecha posterior, le pueden requerir que presente, a su cargo, prueba de asegurabilidad a USABLE Life.

Sí (Entiendo que esta opción puede requerir contribuciones de primas para la cobertura de la Vida de mi parte.)
 ¿Su ingreso anual de empleado es de \$30,000 o más? SÍ NO (Puede afectar la elegibilidad para los montos de distribución máximos conforme a ciertos productos Life elegidos por su empleador).
 No (Elijo renunciar a todas las coberturas de vida y no quiero hacer contribuciones de primas para la cobertura de la vida si el empleador no está proporcionando la monto de la contribución total de la prima.)

VI Otras Compañías de Cobertura Médica (para coordinación de beneficios)

1. En el día la cobertura comienza, va usted o alguno de sus dependientes que soliciten esta cobertura estará cubierto por otro seguro médico o dental o Medicare, incluyendo la continuación de la cobertura?

SÍ NO Si respondió 'sí', conteste todas las preguntas a continuación. Agregue hojas si hay más de una póliza adicional vigente.

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

| | | | |
|----------------------|------------------------------------|-------------------|----------------------|
| NOMBRE DEL ASEGURADO | NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL ASEGURADO | FECHA DE VIGENCIA | FECHA DE TERMINACIÓN |
|----------------------|------------------------------------|-------------------|----------------------|

| | | | |
|----------------------|----|----|----|
| FAMILIARES CUBIERTOS | 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? SÍ 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 ALGUNÁ DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?:

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

| NUMERO DE PREGUNTA | PERSONA TRATADA | ENFERMEDAD Y TIPO DE TRATAMIENTO | FECHA EN QUE SUCEDIÓ | ÚLTIMA 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 _____ Fecha y tipo de tratamiento: _____
 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. ¿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? _____

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

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

VIII Acuerdo y Acuse de Recibo

Solicito cobertura según el contrato de grupo ("contrato") emitido por Blue Cross and Blue Shield of Kansas City y Good Health HMO, Inc. d/b/a Blue Care (colectivamente, "Blue KC"), 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, entiendo que si intencionalmente o fraudulentamente hice una declaración falsa de un hecho material de la solicitud, hice una declaración material falsa de un hecho material sobre cualquier persona que figura en este documento, o cometí fraude en el proceso de obtención de la cobertura indicada en esta solicitud, Blue KC y/o USABLE Life tienen el derecho de suspender o rescindir la cobertura para esa persona o para todas las personas que se incluyen en la solicitud; sin embargo, ninguna declaración que yo haga anulará mi cobertura al menos que las declaraciones sean materiales al riesgo asumido y contenido en mi solicitud escrita. 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.

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: _____

Avisos

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.

AVISO SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD PARA MADRES Y RECIÉN NACIDOS:

Bajo los términos de La Ley de Protección de la Salud para Madres y Recién Nacidos de 1996, el Plan de salud para madres generalmente no puede limitar los servicios cubiertos de cualquier duración de hospitalización en relación con el nacimiento para la madre o el recién nacido a menos de cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal (no incluye el día del parto), o menos de noventa y seis (96) horas después de una cesárea (no incluye el día de la cirugía). Ninguna parte de este párrafo prohíbe que el proveedor de atención médica a cargo de la atención de la madre o del recién nacido, luego de consultarlo con la madre, dar de alta a la madre y a su hijo recién nacido antes del plazo específico o solicitar tiempo adicional de hospitalización. En cualquier caso, es posible que el Plan no exija que un proveedor obtenga autorización por parte del Plan para indicar una hospitalización que no supere las cuarenta y ocho (48) o noventa y seis (96) horas, según corresponda. Sin embargo, se requiere autorización previa para utilizar ciertos proveedores o centros, o para reducir los costos de desembolso directo.

AVISO SOBRE LA LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA:

A partir del 1 de enero de 2010, e independientemente de cualquier disposición del Plan en contrario, el Plan cumplirá con la Ley de No Discriminación por Información Genética. En general, el Plan no puede establecer primas en base a la información genética, solicitar o exigir a un participante a que se someta a una prueba genética, o solicitar, exigir o comprar información genética para fines de suscripción, o recopilar información genética sobre un participante antes de que el participante esté inscrito o cubierto por el Plan.

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 plan de salud la cobertura no incluye un beneficio por electiva por terminación de embarazo.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Blue KC cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina en función de la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. Blue KC no excluye a la gente o la trata de forma diferente debido a la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

Blue KC:

- Ofrece recursos gratuitos y servicios a personas con discapacidades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas, o
 - Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos);
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados, o
 - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita alguno de estos servicios, llame al servicio de atención al cliente, 844-395-7126 (línea gratuita), languagehelp@bluekc.com.

Si considera que Blue KC no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género, puede presentar una queja en departamento de apelaciones, PO Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169, 816-395-3537, TTY: 816-842-5607, APPEALS@bluekc.com. Puede presentar dicha queja de manera personal, por correo postal o correo electrónico. Si necesita asesoramiento para presentar una queja, departamento de apelaciones está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en forma electrónica en el Portal de la Oficina de Reclamos de Derechos Civiles, disponible <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue, SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201
 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

