

Solicitud para empleados de grupos

Escriba con letra de imprenta clara y complete todo el formulario con bolígrafo.

Empleador		N.º de identificación tributaria		Group administrator use only Multi-option: which _____ _____
Marque la casilla correspondiente y complete los siguientes espacios en blanco con bolígrafo. Arkansas Blue Cross and Blue Shield Health Advantage Dental Visión				
N.º de grupo médico	N.º de grupo dental	N.º de grupo de visión		
N.º de identificación	N.º de identificación	N.º de identificación		
¿Es usted un empleado actual activo?		Si la respuesta es "Sí", fecha de empleo de tiempo completo		Si la respuesta es "No", fecha de jubilación
Sí No				
Fecha de entrada en vigencia de la COBRA		Fecha de finalización de la COBRA		Motivo de la COBRA
¿El empleado renuncia a toda la cobertura del plan, incluido el seguro de vida?		Si la respuesta es "Sí", complete las Secciones 2, 6 y 9 solamente.		
Sí No				

Sección 1 – Elegibilidad para la póliza

Marque a continuación todas las casillas correspondientes que respalden su elegibilidad, y proporcione la fecha del evento de vida que califica y la documentación correspondiente.

	Fecha		Fecha
1 – Período de inscripción abierta anual	_____	6 – Matrimonio	_____
2 – Nueva contratación	_____	7 – Nueva adopción	_____
3 – Nuevo miembro; solo seguro de vida (Planes USAble Life integrados)	_____	8 – Nueva tutela/custodia legal/orden judicial para incorporar a un hijo	_____
4 – Pérdida de cobertura esencial mínima	_____	9 – Otro motivo; p. ej., recontractación, crédito tributario anticipado para el pago de primas (APTC) (dé un motivo específico)	_____
5 – Recién nacido	_____		

Nota: Si **no** recibimos la solicitud durante el período de inscripción abierta, deberá enviarnos documentación apropiada junto con esta solicitud para confirmar un evento de vida que califica/período de elección especial (es decir, copia de la licencia de matrimonio, certificado de cobertura acreditable de la compañía aseguradora anterior, documentación sobre la tutela/custodia legal, etc.).

Sección 2 – Quién solicita

Complete esta sección en relación con todos los miembros que solicitan cobertura o renuncian a la cobertura. No intente inscribirse en cobertura que su empleador en este momento no ofrece.

Nota: Los dependientes de grupos pequeños no deben completar esta sección si renuncian a la cobertura.

Cobertura deseada

Médica:	Empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijos	Familia
Dental:	Empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijos	Familia
Visión:	Empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijos	Familia

Sección 2 – Quién solicita (continúa)

Indique si los hijos dependientes son naturales (N), hijastros (H) o adoptivos (A).						*Cobertura deseada Inscripción (I) o Renuncia (R)			\$ monto de crédito deducible entregado	N.º del médico de atención primaria (PCP) (n.º de ident. de proveedor nacional [NPI])
Número de seguro social	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo	Fecha de nacimiento	Médica	Dental	Visión		
Empleado - -										
Cónyuge - -										
Hijo N H A - -										
Hijo N H A - -										
Hijo N H A - -										
Hijo N H A - -										
Hijo N H A - -										

*El crédito deducible está disponible para inscripciones de nuevos grupos en el plan médico (no en los planes Health Advantage, dental o de visión) de Arkansas Blue Cross, pero solo si la persona lo pide en esta solicitud inicial. Solo está permitido en la inscripción inicial del grupo cuando un empleador pasa de un plan médico grupal anterior.

Sección 3 – Estado civil

Soltero (incluye viudo o divorciado)

Casado (incluye separado)

Sección 4 – Información de contacto

Calle o casilla postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono principal	Número de teléfono laboral	Correo electrónico	

Sección 5 – Condición de empleo

Cargo Por hora Salario Otras Horas trabajadas por semana (obligatorio, sin importar el tipo de salario)	FOR OFFICE USE ONLY	C/T	OTH	Life
		Eff Date	UND	date
		PKG/Division		

Sección 6 – Renuncia a la inscripción

Debe completarse si un empleado elegible o los miembros elegibles de su familia no aceptan o rechazan la cobertura.

Rechazo la cobertura médica para

Mi persona

Cónyuge

Dependientes

Motivo

Cubierto por la cobertura
grupal del cónyuge – Ident. y
nombre de la aseguradora:

Inscrito en planes de otra
aseguradora – Ident. y
nombre de la aseguradora:

Medicare
Medicaid

Otro (explique)

Cubierto por TRICARE o CHAMPVA

Por el presente certifico que: (1) Se me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura disponible a través de mi empleador en virtud de la póliza aplicable. Me han explicado detalladamente las coberturas y la póliza, y me niego a solicitar cobertura para mí o mis dependientes según se indica anteriormente. Además, (2) comprendo que si me niego a solicitar cobertura ahora y la solicito en una fecha futura, se me diferirá hasta el período de inscripción abierta.

Sección 7 – Información sobre el seguro actual/anterior

Se debe completar esta sección para procesar su solicitud de inscripción.

No complete si en la Sección 1 marcó 3 – Nuevo miembro; solo seguro de vida.

Para cobertura anterior o continua, complete lo siguiente:

(Si está cubierto por más de un plan de seguro, use una hoja adicional).

Información sobre la aseguradora anterior

Aseguradora	Dirección	Ciudad	Estado	Teléfono	Identificación de miembro
Médica					
Dental					
Visión					

Complete la siguiente información para todos los miembros de la familia cubiertos por esta póliza

Primer nombre	Apellido	Relación	¿Reside en el mismo hogar?	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura	Fecha de finalización de la cobertura

Para los miembros mencionados anteriormente, ¿es usted responsable de proporcionar cobertura de salud primaria?

Sí No

Si la respuesta es "No", indique la parte responsable

El día que comienza la cobertura, ¿algún miembro de la familia estará cubierto por Medicare?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", responda todas las preguntas que siguen. (Utilice papel adicional en caso de ser necesario).

Razón de la cobertura de Medicare

Mayor de 65 años Discapacidad Enfermedad renal

Número de beneficiario de Medicare	Relación del beneficiario con el titular de la póliza	Número de identificación de contrato de salud (HIC) de Medicare

Tipo de cobertura de Medicare (marque todas las opciones que correspondan)

Parte A de Medicare Parte B de Medicare
Fecha de vigencia Fecha de vigencia

Sección 8 – Seguro de vida (otorgado por USABLE Life si lo compra su empleador)

USABLE Life es una compañía independiente y opera en forma separada de Arkansas Blue Cross and Blue Shield y Health Advantage. USABLE Life no vende ni ofrece productos de Arkansas Blue Cross and Blue Shield ni de Health Advantage. USABLE Life es exclusivamente responsable de la cobertura del seguro de vida.

Por el presente designo al beneficiario o los beneficiarios mencionados a continuación en virtud de este certificado y revoco la designación de cualquier beneficiario existente.

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación

Sección 9 – Firmas (lea antes de firmar)

Comprendo que los beneficios para los cuales seré (seremos) elegible(s) son los descritos en las pólizas grupales de Arkansas Blue Cross and Blue Shield, Health Advantage y USABLE Life con mi empleador y que pueden sufrir modificaciones ocasionalmente. Comprendo que la cobertura no entrará en vigencia antes de la fecha de entrada en vigencia aprobada.

Con mi firma en esta solicitud, declaro que las afirmaciones y respuestas plasmadas son verdaderas, están completas y han sido registradas correctamente. Comprendo que Arkansas Blue Cross and Blue Shield, Health Advantage o USABLE Life pueden, dentro de los tres años de la fecha de esta solicitud, anular o finalizar esta cobertura o rechazar reclamaciones de cobertura si se ha brindado información incorrecta en esta solicitud. Si se realizaron declaraciones fraudulentas, Arkansas Blue Cross and Blue Shield, Health Advantage o USABLE Life podrían tomar medidas legales en cualquier momento.

Toda persona que a sabiendas presente una reclamación fraudulenta o falsa para obtener el pago de una pérdida o beneficio, o bien, que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro está cometiendo un hecho delictivo que podría dar lugar a la imposición del pago de multas o a la reclusión en prisión.

Nombre en imprenta del solicitante (empleado)

Firma del solicitante (empleado)

Fecha

Nombre en imprenta del empleador/representante del grupo*

Firma del empleador/representante del grupo*

Fecha*

*Solo se requiere para nuevas contrataciones e incorporaciones.



Arkansas
BlueCross BlueShield

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



Health Advantage

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association