

# Solicitud de miembro de grupo grande para seguro médico, dental y de la vista



Asegúrese de que **TODA** la información a continuación esté completa para evitar retrasos en el procesamiento. Escriba en **letra de imprenta clara** con tinta azul o negra, o ingrese la información con el teclado.

Sección 1 Información del empleador (a ser completada por el empleador).			
Nombre del grupo		Fecha de entrada en vigencia (mm/dd/aaaa)	Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)
Número de grupo	Número de Dpto.		
Seleccione una opción: <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura (Se requiere Certificado de Cobertura Acreditado HIPAA) <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="radio"/> Agregar dependiente(s) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente Fecha del evento (mm/dd/aaaa) _____ <b>(Debe solicitarlo en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento o adopción del dependiente).</b>	
Sección 2 Información del empleado			
Apellido		Sufijo	Nombre
Inicial del segundo nombre			
Domicilio particular (calle/número de apartamento)		Ciudad/Localidad	Estado
Código postal			
Dirección postal (calle/número de apartamento, ciudad/localidad, estado, código postal, si difiere del anterior)			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social del miembro (xxx-xx-xxxx)*	¿Cuál es su lengua materna?
Número de teléfono de casa		Número de teléfono celular	
Dirección de correo electrónico			
Estado civil (marcar una)			
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Derecho común <input type="checkbox"/> Pareja doméstica			
Raza (marcar una)			
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Hawaiano u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Multiracial			
Proveedor de atención primaria (PCP) nombre, dirección, ciudad/localidad, estado y código postal <b>(Requerido: Debe seleccionar un PCP para usted y todas las personas en su plan, de lo contrario su inscripción se podría retrasar y sus beneficios se podrían reducir).</b>			
¿Es un paciente actual del PCP indicado arriba?		ID del proveedor	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

\*El Número de Seguro Social es necesario para cumplir con los requisitos de presentación de informes de la Ley de obligación de informar sobre seguros. Consulte [www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Overview.html](http://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Overview.html)



<b>Sección 5</b> Información de dependientes (si corresponde, adjunte adición de dependientes).				
<b>Dependiente N.º 1</b> Nombre		Apellido	Inicial del segundo nombre	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social del miembro (xxx-xx-xxxx)*	Dirección de correo electrónico		
Proveedor de atención primaria (PCP) nombre, dirección, ciudad/localidad, estado y código postal ( <b>requerido</b> )				
¿Actualmente este dependiente es un paciente del PCP indicado arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ID del proveedor		
<b>Dependiente N.º 2</b> Nombre		Apellido	Inicial del segundo nombre	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)*	Dirección de correo electrónico		
Proveedor de atención primaria (PCP) nombre, dirección, ciudad/localidad, estado y código postal ( <b>requerido</b> )				
¿Actualmente este dependiente es un paciente del PCP indicado arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ID del proveedor		
<b>Dependiente N.º 3</b> Nombre		Apellido	Inicial del segundo nombre	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)*	Dirección de correo electrónico		
Proveedor de atención primaria (PCP) nombre, dirección, ciudad/localidad, estado y código postal ( <b>requerido</b> )				
¿Actualmente este dependiente es un paciente del PCP indicado arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ID del proveedor		
<b>Dependiente N.º 4</b> Nombre		Apellido	Inicial del segundo nombre	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)*	Dirección de correo electrónico		
Proveedor de atención primaria (PCP) nombre, dirección, ciudad/localidad, estado y código postal ( <b>requerido</b> )				
¿Actualmente este dependiente es un paciente del PCP indicado arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ID del proveedor		
<input type="checkbox"/> Marque aquí si adjunta un formulario para adición de dependientes de grupo.				

\*El Número de Seguro Social es necesario para cumplir con los requisitos de presentación de informes de la Ley de obligación de informar sobre seguros. Consulte [www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Overview.html](http://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Overview.html)

**Sección 6** Otras compañías de seguros

¿Está usted o cualquiera de sus dependientes cubiertos por otro seguro?  
 Sí  No

Nombre de otra aseguradora y nombre(s) de las persona(s) cubierta(s):

**Persona cubierta 1** \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Identificación del miembro N.º 1 \_\_\_\_\_

**Persona cubierta 2** \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Identificación del miembro N.º 2 \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre de su aseguradora de salud anterior?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha de terminación?  
(mm/dd/aaaa)

\_\_\_\_\_

¿Es cualquiera de los mencionados en esta solicitud elegible para Medicare?

Sí  No

Si la respuesta es sí, nombre de la persona elegible

\_\_\_\_\_

La persona elegible  
 Tiene más de 65 años de edad  Discapacitada

Fecha de jubilación (si corresponde)

\_\_\_\_\_

Número de Medicare

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia: (mm/dd/aaaa)

Parte A (hospital): \_\_\_\_\_ Parte B (médico): \_\_\_\_\_

**Sección 7** Firma

Con mi firma en este formulario, yo certifico que la información es verdadera y completa según mi leal saber y entender.



\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha de recepción de la solicitud \_\_\_\_\_ N.º de ID \_\_\_\_\_



500 Exchange Street • Providence, RI 02903-2699

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island es un licenciatario independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association.