

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



Asegúrese de que **TODA** la información siguiente esté completa para evitar retrasos en el procesamiento.

Escriba **claramente con letra de molde** con tinta azul o negra o escriba la información a máquina.

Sección 1 Información del empleador (que deberá completar el administrador del plan).				
Nombre del grupo		Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)		Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)
Número de grupo	Número de Departamento			
<div>Escoja una: <input type="radio"/> o Agregue dependientes</div> <div><input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Cónyuge</div> <div><input type="checkbox"/> Contratación nueva <input type="checkbox"/> Dependiente</div> <div><input type="checkbox"/> COBRA</div> <div><input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura (se requiere Certificado de HIPAA de cobertura acreditable)</div> <div><input type="checkbox"/> Otro _____</div> <div>Fecha del evento (mm/dd/aaaa) _____ (Se debe agregar dentro de los siguientes 30 días después del matrimonio, nacimiento o adopción del dependiente).</div>				
Sección 2 Información del empleado				
Apellido		Título	Primer nombre	Inicial del segundo
Dirección de residencia (calle/número de casa)		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo postal (calle/número de casa, ciudad, estado, código postal, si es distinta a la anterior)				
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)*	¿Cuál es el idioma primario que habla?	
Número de teléfono de residencia			Número de teléfono celular	
Dirección de correo electrónico				
Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Matrimonio informal <input type="checkbox"/> Otro _____				
¿Cuál es el idioma primario que habla? _____				
Raza (marque una) <div><input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático</div> <div><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro Isleño del Pacífico</div> <div><input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Blanco</div>				
Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal del Médico de atención primaria (PCP) (requerido para los planes BlueCHiP)				
¿Actualmente es un paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Identificación del proveedor		

*Se requiere el Número de Seguro Social para poder cumplir con los requisitos de información 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

Sección 3 Opciones de plan de salud

Tipo de plan

- ☐ Médico: ☐ Miembro solo ☐ Miembro y cónyuge ☐ Miembro e hijos
☐ Miembro, cónyuge e hijos
- ☐ Dental: ☐ Miembro solo ☐ Miembro y cónyuge ☐ Miembro e hijos
☐ Miembro, cónyuge e hijos
- ☐ Vista: ☐ Miembro solo ☐ Miembro y cónyuge ☐ Miembro e hijos
☐ Miembro, cónyuge e hijos

¿Qué productos está escogiendo?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BlueCHiP _____ | <input type="checkbox"/> VantageBlue _____ |
| <input type="checkbox"/> BlueSolutions for HSA _____ | <input type="checkbox"/> VantageBlue SelectRI _____ |
| <input type="checkbox"/> Clásico (si está disponible) _____ | <input type="checkbox"/> Dental de Blue Cross _____ |
| <input type="checkbox"/> HealthMate Coast-to-Coast _____ | <input type="checkbox"/> Vista de Blue Cross _____ |
| <input type="checkbox"/> HealthMate Coast-to-Coast Deductible _____ | <input type="checkbox"/> Vantage Blue with Dental _____ |
| <input type="checkbox"/> HealthMate Coast-to-Coast Coinsurance _____ | <input type="checkbox"/> Healthmate Coast-to-Coast with Dental _____ |
| | <input type="checkbox"/> Pharmacy 4-Tier _____ |
| | <input type="checkbox"/> Pharmacy 5-Tier _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Sección 4 Información del cónyuge☐ Vista de Blue Cross _____

Apellido

Título

Primer nombre

Inicial del
segundo

Dirección de residencia (calle/número de casa, ciudad, estado, código postal, si es distinta a la del empleado)

Fecha de nacimiento
(mm/dd/aaaa)Sexo
☐ M ☐ FNúmero de Seguro Social
(xxx-xx-xxxx)*Cuál es el idioma
primario que habla?

Número de teléfono de residencia

Número de teléfono celular

Dirección de correo electrónico

Raza (marque una)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro Isleño del Pacífico |
| | <input type="checkbox"/> Blanco | |

Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal del Médico de atención primaria (PCP) (**requerido** para los planes BlueCHiP)¿Actualmente es un paciente?
☐ Sí ☐ No

Identificación del proveedor

Sección 5 Información del dependiente (si es necesario, adjunte un anexo de dependiente).

*Se requiere el Número de Seguro Social para poder cumplir con los requisitos de información 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

Dependiente #1 Primer nombre		Apellido		Inicial del segundo	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			
Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal del Médico de atención primaria (PCP) (requerido para los planes BlueCHIP)					
¿Actualmente es un paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Identificación del proveedor			
Dependiente #2 Primer nombre		Apellido		Inicial del segundo	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			
Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal del Médico de atención primaria (PCP) (requerido para los planes BlueCHIP)					
¿Actualmente es un paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Identificación del proveedor			
Dependiente #3 Primer nombre		Apellido		Inicial del segundo	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			
Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal del Médico de atención primaria (PCP) (requerido para los planes BlueCHIP)					
¿Actualmente es un paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Identificación del proveedor			
Dependiente #4 Primer nombre		Apellido		Inicial del segundo	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			
Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal del Médico de atención primaria (PCP) (requerido para los planes BlueCHIP)					
¿Actualmente es un paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Identificación del proveedor			
<input type="checkbox"/> Marque aquí si se adjunta un formulario de Anexo de dependiente de grupo.					

*Se requiere el Número de Seguro Social para poder cumplir con los requisitos de información 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

Sección 6 Otro seguro		
¿Usted o alguno de sus dependientes están cubiertos por otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la otra compañía de seguros y nombres de las personas cubiertas: Persona cubierta 1 _____ Compañía de seguros _____ Identificación del miembro #1 _____ Persona cubierta 2 _____ Compañía de seguros _____ Identificación del miembro #2 _____	
¿Cuál es el nombre de la aseguradora de gastos médicos anterior? _____ _____	¿Cuál es la fecha de terminación? (mm/dd/aaaa) _____ Si es pérdida de cobertura, adjunte una copia del Certificado de cobertura acreditable.	
¿Alguna de las personas nombradas en esta solicitud es elegible para Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si alguien lo es, nombre de la persona elegible _____	
La persona elegible es <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años <input type="checkbox"/> Discapacitada	Fecha de jubilación (si aplica) _____	Número de Medicare ____ - ____ - ____ - ____
Fechas de vigencia: (mm/dd/aaaa) Parte A (hospital): _____ Parte B (médico): _____		
Sección 7 Firma		
Al firmar este formulario certifico que la información es verdadera y completa hasta donde yo sé.		

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 50px;"> FIRME AQUI </div>	Firma del solicitante	Fecha
---	-----------------------	-------

Fecha de recepción de la solicitud _____ Identificación # _____