

Solicitud de seguro médico, dental y de la visión para miembro de un grupo pequeño



Asegúrese de que la siguiente información esté completa para evitar demoras en el procesamiento.

Por favor, escriba en letra de imprenta de manera clara **con tinta negra o azul**, o escriba la información a máquina.

Sección 1 Información del empleador (Debe completarla el administrador del plan).

Nombre del grupo _____ Fecha de entrada en vigencia ___/___/___ Fecha de contratación ___/___/___

Número del grupo _____ Número de departamento _____

Seleccione una opción:

- Inscripción abierta
- Empleado nuevo
- COBRA
- Pérdida de cobertura (Evidencia de cobertura anterior)
- Otros _____

o bien, Agregue dependientes

- Cónyuge
- Dependiente

(Debe presentar la solicitud dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, al nacimiento, o a la adopción del dependiente).

Sección 2 Información del empleado

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Dirección particular _____ Ciudad/pueblo _____ Estado ____ Código postal _____

Dirección de correo _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ___/___/___ Sexo M F Número de seguro social¹ ____ - ____ - ____

Número de teléfono particular ____ - ____ - ____ Número de teléfono celular ____ - ____ - ____

Estado civil (marque una opción) Soltero Casado Divorciado Conviviente Unión civil Pareja doméstica

¿Cuál es su lengua materna? _____ Dirección de correo electrónico _____

Raza (marque una opción) Prefiere no responder

- Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hispano o latino
- Multiétnico Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico Blanco

Nombre, dirección del médico de atención primaria (PCP) _____

¿Es actualmente paciente? Sí No

¹El número de seguro social se solicita para cumplir con los requisitos de presentación de informes de la Mandatory Insurance Reporting Law (Ley de informes de seguros obligatorios). Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Overview.html

Sección 3 Opciones de planes de salud

Tipo de plan

Médico:

Individual Familiar

Dental:

Individual Familiar

De la visión:

Individual Familiar

¿Qué producto selecciona?

COSEGURO

DEDUCIBLE

NIVEL METÁLICO
(Platinum, Gold, Silver, Bronze)

VantageBlue

VantageBlue SelectRI

BasicBlue

BlueSolutions para HSA

BlueCHIP Advance

Sección 4 Información del cónyuge o de la pareja doméstica

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre ____ Sufijo _____

Cobertura solicitada para plan: Médico Dental De la visión

Dirección particular (si es diferente de la del solicitante) _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ___/___/___ Sexo M F Número de seguro social¹ _____ - -

Número de teléfono particular _____ - - Número de teléfono celular _____ - -

Dirección de correo electrónico _____

Nombre, dirección del médico de atención primaria (PCP) _____

¿Es actualmente el dependiente paciente del PCP antes mencionado? Sí No

Sección 5 Información del dependiente

Dependiente n.º 1

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre ____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija

Cobertura solicitada para plan: Médico Dental De la visión

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ___/___/___ Número de seguro social¹ _____ - -

Nombre, dirección del médico de atención primaria (PCP) _____

¿Es actualmente el dependiente paciente del PCP antes mencionado? Sí No

¹El número de seguro social se solicita para cumplir con los requisitos de presentación de informes de la Mandatory Insurance Reporting Law (Ley de informes de seguros obligatorios). Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Overview.html

Dependiente n.º 2

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura solicitada para plan: Médico Dental De la visiónFecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ___/___/___ Número de seguro social¹ _____ - _____ - _____Nombre, dirección del médico de atención primaria (PCP) _____
_____¿Es actualmente el dependiente paciente del PCP antes mencionado? Sí No**Dependiente n.º 3**

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura solicitada para plan: Médico Dental De la visiónFecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ___/___/___ Número de seguro social¹ _____ - _____ - _____Nombre, dirección del médico de atención primaria (PCP) _____
_____¿Es actualmente el dependiente paciente del PCP antes mencionado? Sí No**Dependiente n.º 4**

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura solicitada para plan: Médico Dental De la visiónFecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ___/___/___ Número de seguro social¹ _____ - _____ - _____Nombre, dirección del médico de atención primaria (PCP) _____
_____¿Es actualmente el dependiente paciente del PCP antes mencionado? Sí No**Dependiente n.º 5**

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura solicitada para plan: Médico Dental De la visiónFecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ___/___/___ Número de seguro social¹ _____ - _____ - _____Nombre, dirección del médico de atención primaria (PCP) _____
_____¿Es actualmente el dependiente paciente del PCP antes mencionado? Sí No **Marque aquí si se adjuntará el formulario de adición de dependiente al grupo.**

(Se puede encontrar el documento en BCBSRI.com, en la Sección de formularios para empleadores de grupos pequeños de Comprender mi plan)

¹El número de seguro social se solicita para cumplir con los requisitos de presentación de informes de la Mandatory Insurance Reporting Law (Ley de informes de seguros obligatorios).
Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Overview.html

Sección 6 Otros seguros y Medicare

¿Cuenta usted o alguno de sus dependientes con cobertura de otro seguro? Sí No

Nombre de la otra compañía de seguro y nombres de las personas con cobertura:

Persona con cobertura 1 _____

Compañía de seguro _____ ID del miembro n.º 1 _____

Persona con cobertura 2 _____

Compañía de seguro _____ ID del miembro n.º 2 _____

¿Cómo se llama su anterior compañía de seguro médico? _____

¿Cuándo finalizó su cobertura médica? (dd/mm/aaaa) ___/___/_____

Adjunte evidencia de la cobertura anterior que muestre la cobertura y la fecha de finalización.

¿Alguna de las personas que se nombran en esta solicitud es elegible para Medicare? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la persona elegible _____

La persona elegible Tiene más de 65 años Es discapacitada Fecha de jubilación (si corresponde) _____

Número de Medicare ___ - ___ - _____ - _____

Fechas de entrada en vigencia: Parte A (hospital): _____ Parte B (plan médico): _____

Sección 7 Firma

Al firmar este formulario, certifico que la información es correcta y está completa según mi leal saber y entender.



Firma del solicitante o firma del padre o tutor
si el solicitante es menor de 18 años

Fecha

Fecha de recepción de la solicitud __ N.º de identificación _____



500 Exchange Street • Providence, RI 02903-2699

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