

SOLICITUD Y CAMBIO EN LA PÓLIZA

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD

Desprenda estas instrucciones de la solicitud antes de comenzar. Utilice solo un bolígrafo con tinta negra o azul. Escriba con claridad. No abrevie. **PRESIONE FUERTE.**

Complete todos los campos respondiendo cada pregunta con la mayor exactitud posible. **Si no está seguro o si tiene preguntas acerca de cualquier información que se solicita en este formulario, consulte al ADMINISTRADOR DE SU GRUPO.**

- ① **ASEGURADO:** Verifique la razón por la que está completando este formulario.
Inscripción oportuna: Su primera oportunidad para inscribirse después de que sea elegible.
Período de inscripción especial: Usted se está inscribiendo en un plazo de 31 días del evento del período de inscripción especial según se especifica en las regulaciones de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (*HIPAA*, en inglés) (por ejemplo, nacimiento, adopción o colocación para adopción, matrimonio, divorcio o pérdida involuntaria de otra cobertura).
Inscripción tardía: Usted se está inscribiendo en otro momento que no sea en la primera vez que fue elegible o después de que finaliza el Período de inscripción especial.
Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (*COBRA*, ley aprobada por el gobierno para proveer seguro médico después de quedar cesante, aplican ciertos requisitos): Usted es elegible para continuar con su cobertura médica grupal.
Jubilado: Usted es elegible para su cobertura médica grupal como empleado jubilado.
Cambio de asegurado: Cualquier cambio en su seguro actual, como agregar dependientes, dar de baja dependientes o cambiar sus beneficios. Este cambio puede ocurrir fuera del Período de inscripción abierta.
Período de inscripción abierta: El período de tiempo que se ofrece de forma regular durante el cual usted puede elegir inscribirse en un plan específico de seguro médico grupal o hacer cambios en su seguro actual.
- ② **FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LOS BENEFICIOS:** Si se conoce, escriba la fecha de entrada en vigor y los números de su Grupo, Sección e Identificación.
- ③ **Continuidad de *COBRA*/Illinois:** Si usted es un asegurado que tiene continuidad de *COBRA*, escriba la fecha de inicio y finalización de sus beneficios de continuidad en *COBRA*. El resto de la información de la continuidad de *COBRA* la completará Blue Cross and Blue Shield of Illinois.
- ④ **COBERTURA PARA LA QUE ESTÁ PRESENTANDO SOLICITUD:** Marque todas las coberturas en las que se está inscribiendo con base en los planes que ofrece su empleador. Si anteriormente tuvo cobertura de Blue Cross, escriba los números de Grupo, Sección e Identificación anteriores en la parte de abajo de esta sección. (Si se está inscribiendo para la cobertura para la familia, asegúrese de incluir la información sobre los miembros de la familia en la Sección ⑦.) **Si está rechazando la cobertura, lea, complete y firme las Secciones ⑤ y ⑪.**
- ⑤ **CAMBIOS A SU SEGURO EXISTENTE:** Marque todas las casillas que aplican al cambio en la cobertura, agregar o dar de baja dependientes o cancelar la cobertura. Si está cambiando su Médico de atención primaria (*PCP*, en inglés) o Proveedor principal de atención médica para la mujer (*WPHCP*, en inglés), encierre en un círculo las razones en la parte de abajo de esta sección.
AVISO: No se permiten cambios en los Grupos de médicos/Asociación Independiente de Proveedores (*IPA*, en inglés) si un asegurado o dependiente está recibiendo atención médica en el hospital o se encuentra en el tercer trimestre del embarazo.
Para **agregar un dependiente**, marque la casilla correspondiente. Los asegurados pueden agregar dependientes en un plazo de 31 días del suceso que lo califica (por ejemplo, matrimonio, nacimiento o adopción de un hijo o durante un período de inscripción abierta). Escriba la fecha del suceso que lo califica. **AVISO:** Enumere solo a aquellos dependientes que se tienen que agregar en la Sección ⑦. Si la cobertura cambiará de un individuo para una familia, marque la casilla correspondiente en la Sección ⑥. Consulte al Administrador de su grupo para conocer otros requisitos para agregar dependientes.
Para dar de baja **a un dependiente**, marque la casilla correspondiente. Escriba la fecha en la que se tiene que cancelar la cobertura de dependiente. **AVISO:** Enumere solo a aquellos dependientes que se tienen que dar de baja en la Sección ⑦. Si la cobertura cambiará de una familia a un individuo, marque la casilla correspondiente en la Sección ⑥.

⑥ INFORMACIÓN DEL EMPLEADO: Responda todas las preguntas que apliquen a usted.

Si está cambiando de nombre o dirección, marque la casilla correspondiente en la Sección ⑤ y escriba su **NOMBRE** y **DIRECCIÓN** en la sección ⑥. Asegúrese de haber completado la Sección ②.

Escriba sus números de identificación y de Seguro Social.

- Incluya su número de identificación de empleado si lo conoce.
- Su número de Seguro Social se usa solo para propósitos internos.

Si seleccionó cobertura **HMO** en la Sección ④, tiene que seleccionar Grupos de médicos o **IPA** y un médico de atención primaria (**PCP**) para **cada persona que tiene que estar cubierta**. También tiene que seleccionar un médico de atención primaria en los grupos de médicos/**IPA** seleccionados **para cada persona que tiene que estar cubierta**. Puede elegir un Grupo de médicos/**IPA** para cada persona. Se puede consultar al proveedor principal de atención médica para la mujer sin necesidad de ser referido por su médico de atención primaria, sin embargo, su médico de atención primaria y su proveedor principal de atención médica para la mujer tienen que estar afiliados o ser empleados de su **IPA** participante/Grupo de médicos participante. Hasta que recibamos la información de su grupo de médicos seleccionado, usted no es elegible para recibir servicios médicos y se rechazarán sus reclamos. Asegúrese de escribir el número y nombre del Grupo de médicos/**IPA**, el número y nombre del médico de cabecera.

Si eligió el plan **CPO** o el plan **CPO Value Choice**, tiene que elegir una red **CPO**.

Si eligió plan dental **HMO**, incluya su número de grupo del plan dental **HMO** y seleccione un consultorio dental **HMO** para **cada persona que tiene que estar cubierta**.

Si está cubierto por el **Programa MEDICARE**, escriba su número **HIC**, que es el número de reclamo del Programa *Medicare* que aparece en su tarjeta de identificación del Programa *Medicare*. Escriba la fecha de inicio y finalización que aplican para: la Parte A del Programa *Medicare*, la Parte B del Programa *Medicare*, enfermedad renal en etapa terminal (*End Stage Renal Disease, ESRD*) y discapacidad. La fecha de inicio de *ESRD* es el día en que inicia el curso regular de diálisis para *ESRD* (o la fecha de un trasplante de riñón en caso de falla renal total). La fecha de inicio de la discapacidad es la fecha en la que el beneficiario tiene derecho a recibir los beneficios del Programa *Medicare* debido a su discapacidad.

⑦ INFORMACIÓN DE LA COBERTURA PARA LA FAMILIA: Responda todas las preguntas según apliquen a su familia. Si está cambiando el seguro existente, enumere solo a aquellos dependientes que tienen que agregarse o darse de baja.

A) **CÓNYUGE, PAREJA EN UNIÓN LIBRE, PAREJA EN UNA UNIÓN CIVIL** — Escriba la información completa (género, fecha de nacimiento, nombre, incluyendo el apellido si es distinto). Si eligió cobertura **HMO** en la Sección ④, o su cónyuge, pareja en unión libre o pareja en unión civil está cubierta por el Programa *Medicare*, complete las secciones **HMO** y del Programa *Medicare* según se indica en la Sección ⑥.

B) **HIJOS** — Escriba la información completa de sus hijos. Si eligió cobertura **HMO** en la Sección ④, o sus dependientes están cubiertos por el Programa *Medicare*, complete las secciones **HMO** y del Programa *Medicare* según se indica en la Sección ⑥. Se proporciona espacio para dependientes adicionales en la segunda página de esta solicitud. Si es necesario, use una hoja de papel por separado y adjúntela a esta solicitud.

C) **INFORMACIÓN DE OTROS DEPENDIENTES** — Sus hijos son elegibles para la cobertura dental y/o de salud hasta la edad limitante del dependiente y no se les puede rechazar la cobertura debido a su estado civil, de estudiante o de empleo antes de los 26 años de edad (verifique con su empleador los detalles adicionales en relación con los requisitos de elegibilidad). Además, al personal militar elegible no se le puede rechazar la cobertura antes de la edad de los 30 años según la ley de Illinois. Si usted eligió cobertura **HMO** o *BlueChoice Select*, sus dependientes tienen que vivir dentro del área de servicio definida.

⑧ INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO: Si usted tiene otra cobertura de seguro, escriba la información que se solicita completamente. Esta información permitirá la coordinación correcta de sus beneficios para su atención médica.

⑨ **DEARBORN NATIONAL: Si se está inscribiendo con Dearborn National, escriba la información solicitada. Al mencionar al beneficiario, proporcione tanto el nombre como el apellido y la relación con usted. Mencione a todos los beneficiarios que corresponda. Si es necesario, use una hoja de papel por separado y adjúntela a esta solicitud.**

⑩ **LÍNEA PARA LA FIRMA PARA COBERTURA NUEVA/CAMBIO EN LA COBERTURA: Lea, apunte la fecha y firme en esta Sección. Su firma es obligatoria.**

⑪ **LÍNEA PARA LA FIRMA SI ESTÁ RECHAZANDO LA COBERTURA: Si está rechazando la cobertura, lea esta Sección y marque la casilla correspondiente identificando para quién está rechazando la cobertura y la razón. Su firma es obligatoria.**



SOLICITUD Y CAMBIO EN LA PÓLIZA ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE; UTILICE SOLO UN BOLÍGRAFO CON TINTA NEGRA O AZUL; PRESIONE FUERTE.

① ASEGURADO:	Nueva inscripción: <input type="checkbox"/> Oportuna <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Tardía	Período de inscripción abierta: <input type="checkbox"/> Nuevo asegurado <input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Agregar dependientes				
② FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LOS BENEFICIOS: ___/___/___	Número de grupo:	Número de sección:	Número de identificación:			
③ SECCIÓN DE CONTINUIDAD DE COBRA/ILLINOIS	Estado de empleado: <input type="checkbox"/> Empleado activo <input type="checkbox"/> Continuidad de COBRA <input type="checkbox"/> Continuidad de Illinois <input type="checkbox"/> Jubilado, fecha de jubilación ___/___/___					
<input type="checkbox"/> COBRA: Fecha de inicio ___/___/___ Fecha proyectada de finalización ___/___/___		<input type="checkbox"/> Privilegio de continuidad de Illinois: Fecha de inicio ___/___/___ Fecha proyectada de finalización ___/___/___				
Cubierto anteriormente con un grupo como:						
<input type="checkbox"/> 1. Empleado (finalización del empleo, reducción en las horas, otro). <input type="checkbox"/> 2. Cónyuge (divorcio del empleado, muerte del empleado, otro).		<input type="checkbox"/> 3. Dependiente (alcanzar la edad límite, otro). <input type="checkbox"/> 4. Cónyuge y dependientes (divorcio del empleado, muerte del empleado, otro).				
④ COBERTURA PARA LA QUE ESTÁ PRESENTANDO SOLICITUD: Marque todas las opciones correspondientes. **						
<i>Después de verificar la cobertura para la cual presentó solicitud o hacer cambios en los asegurados existentes, complete el Número de grupo, Número de sección, Número de Seguro Social y Nombre.</i>						
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%; vertical-align:top;"> <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> HMO Illinois <input type="checkbox"/> con HCA (HMO BlueEdge) <input type="checkbox"/> HMO BlueAdvantage <input type="checkbox"/> con cuenta HCA (HMO BlueEdge) <input type="checkbox"/> BlueEdge HSA </td> <td style="width:33%; vertical-align:top;"> <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> BlueEdge HCA <input type="checkbox"/> BlueChoice Select <input type="checkbox"/> BlueEdge Select HSA <input type="checkbox"/> BlueEdge Select HCA <input type="checkbox"/> BlueEdge Direct HCA <input type="checkbox"/> BlueEdge Select Direct HCA <input type="checkbox"/> Blue Choice Options </td> <td style="width:33%; vertical-align:top;"> <input type="checkbox"/> BlueDecision PPO <input type="checkbox"/> PPO Value Choice <input type="checkbox"/> CPO <input type="checkbox"/> CPO Value Choice <input type="checkbox"/> Servicios para la vista <input type="checkbox"/> Servicios para la audición <input type="checkbox"/> Programa Medicare Supplement </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> HMO Illinois <input type="checkbox"/> con HCA (HMO BlueEdge) <input type="checkbox"/> HMO BlueAdvantage <input type="checkbox"/> con cuenta HCA (HMO BlueEdge) <input type="checkbox"/> BlueEdge HSA	<input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> BlueEdge HCA <input type="checkbox"/> BlueChoice Select <input type="checkbox"/> BlueEdge Select HSA <input type="checkbox"/> BlueEdge Select HCA <input type="checkbox"/> BlueEdge Direct HCA <input type="checkbox"/> BlueEdge Select Direct HCA <input type="checkbox"/> Blue Choice Options	<input type="checkbox"/> BlueDecision PPO <input type="checkbox"/> PPO Value Choice <input type="checkbox"/> CPO <input type="checkbox"/> CPO Value Choice <input type="checkbox"/> Servicios para la vista <input type="checkbox"/> Servicios para la audición <input type="checkbox"/> Programa Medicare Supplement
<input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> HMO Illinois <input type="checkbox"/> con HCA (HMO BlueEdge) <input type="checkbox"/> HMO BlueAdvantage <input type="checkbox"/> con cuenta HCA (HMO BlueEdge) <input type="checkbox"/> BlueEdge HSA	<input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> BlueEdge HCA <input type="checkbox"/> BlueChoice Select <input type="checkbox"/> BlueEdge Select HSA <input type="checkbox"/> BlueEdge Select HCA <input type="checkbox"/> BlueEdge Direct HCA <input type="checkbox"/> BlueEdge Select Direct HCA <input type="checkbox"/> Blue Choice Options	<input type="checkbox"/> BlueDecision PPO <input type="checkbox"/> PPO Value Choice <input type="checkbox"/> CPO <input type="checkbox"/> CPO Value Choice <input type="checkbox"/> Servicios para la vista <input type="checkbox"/> Servicios para la audición <input type="checkbox"/> Programa Medicare Supplement				
<input type="checkbox"/> Individual/Empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia Escriba el número de Grupo de médicos si es distinto al número de póliza del Grupo de médicos. <input type="checkbox"/> N.º de grupo de dentistas: _____ <input type="checkbox"/> BlueCare Dental PPO <input type="checkbox"/> BlueCare Dental HMO (Elija su consultorio dental en la sección 6 y 7 cuando corresponda)		Dearborn National N.º de grupo: _____ Asegurado de Blue Cross en Illinois o de un plan HMO anterior o asegurado de HMO: N.º de grupo: _____ N.º de sección: _____ N.º de identificación: _____				
⑤ CAMBIOS AL SEGURO EXISTENTE: Marque todas las que aplican.						
CAMBIOS Fecha ___/___/___ <input type="checkbox"/> Grupo de médicos HMO/IPA <input type="checkbox"/> PCP o WPHCP <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Restablecer <input type="checkbox"/> De PPO a HMO <input type="checkbox"/> De HMO a PPO <input type="checkbox"/> De HMOI a HMO BA <input type="checkbox"/> De HMO BA a HMOI <input type="checkbox"/> Cobertura del Programa Medicare <input type="checkbox"/> Beneficiario de FDL	AGREGAR DEPENDIENTES Fecha ___/___/___ <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Recién nacido <input type="checkbox"/> Adopción/Colocación <input type="checkbox"/> Tutela legal <input type="checkbox"/> Otro/a: _____	DAR DE BAJA DEPENDIENTES Fecha ___/___/___ <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Límite de edad <input type="checkbox"/> Otro/a: _____	CANCELAR (Marque todas las que aplican) Fecha ___/___/___ <input type="checkbox"/> Finalizar la cobertura <input type="checkbox"/> Renunciar a la cobertura** <input type="checkbox"/> Permiso de ausencia/despido temporal <input type="checkbox"/> Traslado fuera del área de servicio <input type="checkbox"/> Otro/a: _____ _____ _____ _____ _____			
AVISO: Solo mencione a los dependientes que se tienen que agregar o dar de baja en la cobertura para la familia en la Sección U de información.						
*Después de marcar el cambio de médico correspondiente, encerrar la razón en un círculo: <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> WPHCP A. Disponibilidad C. Ubicación E. No satisfecho con el PCP G. Personal del consultorio B. El PCP se cambió de consultorio D. PCP agregado a la red F. Centro/consultorio del PCP indeseable H. Otro/a _____						
**Si no está eligiendo la cobertura, lea, complete y firme la Sección ⑩.						

⑥ INFORMACIÓN DEL EMPLEADO: Nombre de la compañía: _____		
Apellido: _____	Nombre: _____	Inicial seg. nombre: _____
Dirección de correo electrónico: _____	Número de teléfono celular: _____	
Dirección: _____	N.º de apto.: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Es elegible para la cobertura para la familia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cobertura de salud seleccionada: <input type="checkbox"/> Individual/Empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Número de Seguro Social del empleado: _____ — _____ — _____ Número de identificación del empleado (si se conoce): _____ N.º de teléfono: Trabajo: (_____) _____ Casa: (_____) _____ Fecha de contratación: ___/___/___ N.º de departamento: _____ Ubicación de la nómina: _____ N.º de reloj del empleado: _____ Para planes <i>HMO</i> : N.º del Grupo de médicos/ <i>IPA</i> : _____ Nombre del Grupo de médicos/ <i>IPA</i> : _____ N.º de <i>PCP</i> : _____ Nombre del <i>PCP</i> : _____ N.º del Grupo de médicos <i>WPHCP/IPA</i> : _____ Nombre del Grupo de médicos <i>WPHCP</i> : _____ N.º del <i>WPHCP</i> (médico): _____ Nombre del <i>WPHCP</i> (médico): _____ Para planes <i>CPO/CPO Value Choice</i> : N.º de red <i>CO</i> : _____ Para planes <i>HMO BlueCare Dental</i> : N.º de identificación del consultorio: _____ Estado de empleo: <input type="checkbox"/> Activamente en el trabajo <input type="checkbox"/> Jubilado Si está jubilado, fecha de jubilación: _____ <input type="checkbox"/> Continuidad de <i>COBRA/Illinois</i> Se puede consultar al proveedor principal de atención médica para la mujer sin necesidad de ser referido por su médico de atención primaria, sin embargo, su médico de atención primaria y su proveedor principal de atención médica para la mujer tienen que estar afiliados o ser empleados de su <i>IPA</i> participante/Grupo de médicos participante. ¿Está cubierto bajo el plan de cuidado de salud de su empleador y también está cubierto por el Programa <i>Medicare</i> ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, se <u>tiene que</u> completar la sección a continuación: N.º de <i>HIC</i> : _____ PARTE B DEL PROGRAMA <i>MEDICARE</i> : DIÁLISIS POR <i>ESRD</i> : _____ DISCAPACIDAD: _____ PARTE A DEL PROGRAMA <i>MEDICARE</i> : Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___		
⑦ INFORMACIÓN DE LA COBERTURA PARA LA FAMILIA: Enumere a todos los dependientes elegibles.		
⑦ (A) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja en unión libre <input type="checkbox"/> Pareja en una unión civil <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Fecha de nacimiento: ___/___/___ Apellido (solo si es distinto): _____ Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____ — _____ — _____ Si es <i>HMO</i> : N.º de grupos de médicos/ <i>IPA</i> : _____ Nombre del Grupo de médicos/ <i>IPA</i> : _____ N.º del Grupo de médicos <i>WPHCP/IPA</i> : _____ N.º de <i>PCP</i> : _____ Nombre del <i>PCP</i> : _____ Nombre del Grupo de médicos <i>WPHCP</i> : _____ N.º del <i>WPHCP</i> (médico): _____ Nombre del <i>WPHCP</i> (médico): _____ Para planes <i>HMO BlueCare Dental</i> : N.º de identificación del consultorio: _____ Se puede consultar al proveedor principal de atención médica para la mujer sin necesidad de ser referido por su médico de atención primaria, sin embargo, su médico de atención primaria y su proveedor principal de atención médica para la mujer tienen que estar afiliados o ser empleados de su <i>IPA</i> participante/Grupo de médicos participante. ¿Este dependiente está cubierto bajo el plan de salud de su empleador y también está cubierto por el Programa <i>Medicare</i> ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, se <u>tiene que</u> completar la sección a continuación: N.º de <i>HIC</i> : _____ PARTE B DEL PROGRAMA <i>MEDICARE</i> : DIÁLISIS POR <i>ESRD</i> : _____ DISCAPACIDAD: _____ PARTE A DEL PROGRAMA <i>MEDICARE</i> : Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___		

⑥ INFORMACIÓN DEL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES:	Nombre de la compañía:	N.º de grupo:
Apellido del empleado:	Nombre del empleado:	Inicial seg. nombre:
⑦ INFORMACIÓN DE LA COBERTURA PARA LA FAMILIA: Enumere a todos los dependientes elegibles.		
<p> <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA Fecha de nacimiento: ___/___/___ Apellido (solo si es distinto): _____ Nombre: _____ <input type="checkbox"/> PERSONAL MILITAR ELEGIBLE Dirección (si es distinta a la dirección del empleado): _____ Número de Seguro Social: _____ Para planes <i>HMO</i>: N.º del Grupo de médicos/<i>IPA</i>: _____ Nombre del Grupo de médicos/<i>IPA</i>: N.º de <i>PCP</i>: _____ Nombre del <i>PCP</i>: _____ N.º de Grupo de médicos <i>WPHCP/IPA</i>: _____ Nombre del Grupo de médicos <i>WPHCP</i>: _____ N.º del <i>WPHCP</i> (médico): _____ Nombre del <i>WPHCP</i> (médico)*: _____ Para planes <i>HMO BlueCare Dental</i>: N.º de identificación del consultorio: _____ ¿Este dependiente está cubierto bajo el plan de salud de su empleador y también está cubierto por el Programa <i>Medicare</i>? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, se <u>tiene que</u> completar la sección a continuación: N.º de <i>HIC</i>: _____ PARTE B DEL PROGRAMA <i>MEDICARE</i>: DIÁLISIS POR <i>ESRD</i> DISCAPACIDAD: PARTE A DEL PROGRAMA <i>MEDICARE</i>: Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ </p>		
<p> <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA Fecha de nacimiento: ___/___/___ Apellido (solo si es distinto): _____ Nombre: _____ <input type="checkbox"/> PERSONAL MILITAR ELEGIBLE Dirección (si es distinta a la dirección del empleado): _____ Número de Seguro Social: _____ Para planes <i>HMO</i>: N.º del Grupo de médicos/<i>IPA</i>: _____ Nombre del Grupo de médicos/<i>IPA</i>: N.º de <i>PCP</i>: _____ Nombre del <i>PCP</i>: _____ N.º del Grupo de médicos <i>WPHCP/IPA</i>: _____ Nombre del Grupo de médicos <i>WPHCP</i>: _____ N.º del <i>WPHCP</i> (médico): _____ Nombre del <i>WPHCP</i> (médico)*: _____ Para planes <i>HMO BlueCare Dental</i>: N.º de identificación del consultorio: _____ ¿Este dependiente está cubierto bajo el plan de salud de su empleador y también está cubierto por el Programa <i>Medicare</i>? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, se <u>tiene que</u> completar la sección a continuación: N.º de <i>HIC</i>: _____ PPARTE B DEL PROGRAMA <i>MEDICARE</i>: DIÁLISIS POR <i>ESRD</i> DISCAPACIDAD: PARTE A DEL PROGRAMA <i>MEDICARE</i>: Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ </p>		
<p> <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA Fecha de nacimiento: ___/___/___ Apellido (solo si es distinto): _____ Nombre: _____ <input type="checkbox"/> PERSONAL MILITAR ELEGIBLE Dirección (si es distinta a la dirección del empleado): _____ Número de Seguro Social: _____ Para planes <i>HMO</i>: N.º del Grupo de médicos/<i>IPA</i>: _____ Nombre del Grupo de médicos/<i>IPA</i>: N.º de <i>PCP</i>: _____ Nombre del <i>PCP</i>: _____ N.º del Grupo de médicos <i>WPHCP/IPA</i>: _____ Nombre del Grupo de médicos <i>WPHCP</i>: _____ N.º del <i>WPHCP</i> (médico): _____ Nombre del <i>WPHCP</i> (médico)*: _____ Para planes <i>HMO BlueCare Dental</i>: N.º de identificación del consultorio: _____ ¿Este dependiente está cubierto bajo el plan de salud de su empleador y también está cubierto por el Programa <i>Medicare</i>? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, se <u>tiene que</u> completar la sección a continuación: N.º de <i>HIC</i>: _____ PARTE B DEL PROGRAMA <i>MEDICARE</i>: DIÁLISIS POR <i>ESRD</i>: DISCAPACIDAD: PARTE A DEL PROGRAMA <i>MEDICARE</i>: Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ Fecha de finalización: ___/___/___ </p>		

⑧ INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO:

Si usted o cualquier otro miembro de su familia tiene OTRA COBERTURA DE GRUPO, Marque todas las que apliquen.

Cobertura de salud: N.º de póliza: _____ Cobertura dental: N.º de póliza: _____

Cobertura de medicamentos con receta: N.º de póliza: _____ Servicios para la vista: N.º de póliza: _____

Servicios para la audición: N.º de póliza: _____

Si la respuesta es Sí: El otro seguro es: cobertura individual cobertura para la familia

EMPLEADO POR: _____ Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Nombre de la compañía aseguradora: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

⑨ DEARBORN NATIONAL:

Título del empleo del empleado: _____ Tipo de clase: _____

Salario base: \$ _____ Por hora Semanal Quincenal Mensual Anual

Marque la cobertura para la cual está presentando solicitud: Seguro de vida/Muerte accidental y pérdida de extremidades

(AD&D, en inglés): No Sí \$ _____

De vida del dependiente: No Sí \$ _____

Ingresos semanales: No Sí \$ _____ De vida complementario: No Sí \$ _____

Discapacidad de largo plazo: No Sí \$ _____ AD&D voluntario: \$ _____ Individual Familiar

Seguro de vida permanente: No Sí \$ _____

Si la respuesta es Sí: Préstamo automático de primas del plan de salud o Reemplaza una póliza existente

BENEFICIARIO: Aviso: Si hay más de un beneficiario, el interés será equivalente a menos que se indique lo contrario.

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación: _____

⑩ YO SOLICITO LA COBERTURA QUE SE INDICÓ ANTERIORMENTE, para la cual yo soy o yo puedo volverme elegible bajo el acuerdo con la Health Care Service Corporation (que provee cobertura hospitalaria y médica, cobertura dental y cobertura de mantenimiento de la salud) y Dearborn National (que provee seguro de vida y de discapacidad) (la Compañía). Yo he leído las declaraciones anteriores y declaro que son verdaderas e íntegras según mi leal saber y entender. Yo autorizo a mi empleador/grupo para que deduzca de mi pago y envíe cualquier contribución obligatoria por el costo de dicha cobertura. Esta autorización tiene que permanecer en vigor hasta que le notifique a la Compañía lo contrario por escrito. Yo entiendo que los beneficios que se mencionan en los Certificados estarán disponibles y sujetos a los Términos y condiciones de los mismos que estén en vigor según se indica en los Certificados de Cobertura.

Fecha en la que se firmó: ___/___/___ Firma del solicitante: _____

⑪ Si usted está rechazando la inscripción para usted mismo o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a que cuenta con otra cobertura de seguro de salud, en el futuro pueden inscribirse usted o sus dependientes en este plan, en caso de solicitar la inscripción en un plazo de 31 días después de que termine su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedan inscribirse usted mismo y sus dependientes en caso de solicitar la inscripción en un plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

YO NO DESEO INSCRIBIRME en estos momentos y yo entiendo que la oportunidad para inscribirme en el futuro estará sujeta a los arreglos que se puedan hacer con la Compañía.

No estoy solicitando inscripción para: Mí mismo Mi cónyuge Mi cónyuge y dependientes Mis dependientes Mí mismo, mi cónyuge y mis dependientes

Razón: Estoy(Estamos) cubierto(s) bajo el plan de seguro de salud del empleador del cónyuge (complete "Información del otro seguro" en ⑧)

Estoy(Estamos) cubierto(s) bajo un plan complementario del Programa *Medicare* Otro/a (explique) _____

Fecha en la que se firmó: ___/___/___ Firma del solicitante: _____

*Se puede consultar al proveedor principal de atención médica para la mujer sin necesidad de ser referido por su médico de atención primaria, sin embargo, su médico de atención primaria y su proveedor principal de atención médica para la mujer tienen que estar afiliados o ser empleados de su Asociación Independiente de Proveedores (IPA) participante/Grupo de médicos participante.