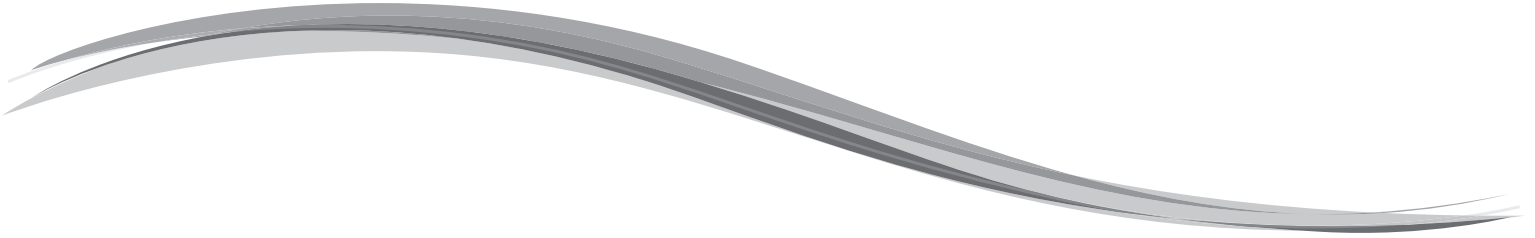


Formulario de solicitud/cambio de inscripción



Lea atentamente las instrucciones que figuran en el interior antes de completar este formulario de solicitud/cambio de inscripción.

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE SOLICITUD/CAMBIO DE INSCRIPCIÓN

LEA ATENTAMENTE ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD/CAMBIO DE INSCRIPCIÓN
Utilice solo un bolígrafo de color negro o azul. Escriba con letra de imprenta clara. No use abreviaturas.

Tenga en cuenta: Si su grupo ofrece un plan de salud Consumer Choice, usted tiene la opción de elegir un plan de seguro de salud Consumer Choice of Benefits o un plan de atención de la salud de la Organización de Mantenimiento de la Salud Consumer Choice of Benefits que no proporciona, en forma total ni parcial, beneficios de salud exigidos por el estado que comúnmente se requieren en pólizas de seguro o evidencia de cobertura de accidente o enfermedad en Texas. Este plan de beneficios de salud estándar puede proporcionar una póliza de seguro de salud o un plan de salud asequibles para usted, aunque, al mismo tiempo, puede proporcionarle menos beneficios de salud de los que normalmente se incluyen como beneficios de salud exigidos por el estado en pólizas o evidencias de cobertura en Texas. Si elige este plan de beneficios estándar, consulte a su agente de seguros para conocer cuáles son los beneficios de salud exigidos por el estado, que están excluidos de esta póliza o evidencia de cobertura (Certificado de cobertura).

SECCIÓN 1

Marque todos los casilleros que correspondan para indicar si es un nuevo inscrito o si está solicitando un cambio en su cobertura. Indique el evento y la fecha, si corresponde. Complete las secciones adicionales que correspondan a su selección.

Nuevo inscrito: Complete todas las secciones que correspondan.

Agregar dependiente: Complete todas las secciones que correspondan.

- Si usted agrega o inscribe a un dependiente por orden judicial, debe enviar una copia de la orden o sentencia judicial Y un Formulario de adición y cambio de dependiente completo para la Cobertura de salud exigida por la justicia.
- Si la cobertura para dependientes estudiantes es parte del plan de su Empleador, y usted agrega o inscribe a un hijo dependiente de 26 años o más que es estudiante, es posible que se le solicite que envíe un formulario completado de Certificación de Estudiante.
- Si solicita la cobertura de un hijo dependiente con discapacidad cuya edad supera el límite de edad para dependientes del plan de su empleador, debe enviar un formulario completado de Declaración de discapacidad del niño dependiente. Un dependiente con discapacidad cuya edad supera el límite de edad para dependientes del plan de su Empleador debe contar con la certificación de aseguramiento médico.

Cancelar cobertura de afiliado: Complete las secciones 1, 2, 4 y 11. En la Sección 4, incluya el nombre, el número del Seguro Social y la fecha de nacimiento de la(s) persona(s) cuya cobertura desea cancelar.

Cancelar cobertura de dependiente: Complete las secciones 1, 2, 4 y 11. En la Sección 4, incluya el nombre y la fecha de nacimiento de la(s) persona(s) cuya cobertura desea cancelar.

Rechazo de cobertura: Complete las Secciones 2, 10 y 11.

SECCIONES 2 Y 3

Complete todas las áreas que se aplican a usted.

SECCIÓN 4

Complete todas las áreas que se aplican a usted y a cada dependiente.

Solo para HMO y POS: Las personas que soliciten una cobertura de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) o puntos de servicio (POP, por sus siglas en inglés) deben seleccionar un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para cada individuo para el que se esté solicitando cobertura. Indique el nombre del médico y el número de proveedor que figuran en el directorio de proveedores o en el buscador de proveedores disponible en www.bcbstx.com. Asegúrese de marcar la casilla correspondiente en el caso de un paciente nuevo.

IMPORTANTE PARA MIEMBROS DE SEXO FEMENINO: Al elegir su PCP, recuerde que la red de su PCP puede afectar su elección de un obstetra/ginecólogo. Usted tiene el derecho de recibir servicios de un obstetra/ginecólogo sin antes obtener una remisión de su PCP. Sin embargo, para los miembros de la HMO, el obstetra/ginecólogo del cual usted recibe servicios pertenece al mismo consultorio médico grupal o a una asociación de práctica independiente (IPA, por sus siglas en inglés) como su PCP. Este es otro motivo para asegurarse de que su red de PCP incluya los especialistas –especialmente el obstetra/ginecólogo– y los hospitales que usted prefiere. No es necesario que designe un obstetra/ginecólogo. Es posible que elija recibir servicios de un obstetra/ginecólogo de su PCP.

Cambiar médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): En la Sección 1, marque la casilla “Otro(s) cambio(s)” y, luego, complete las Secciones 2, 3, 4 y 11. En la Sección 4, incluya el nombre, el número del Seguro Social y la fecha de nacimiento del afiliado o del dependiente, y el nombre y el número del PCP nuevo.

Cambiar dirección/nombre: En la Sección 1, marque la casilla “Otro(s) cambio(s)” y, luego, complete las Secciones 1, 2 y 11.

SECCIÓN 5

Complete esta sección si su empleador le ofrece cobertura de seguro de vida.

SECCIÓN 6

Complete esta sección si usted solicita cobertura para un hijo dependiente con discapacidad cuya edad supera el límite de edad para dependientes del plan de su Empleador. Un dependiente con discapacidad debe contar con la certificación de aseguramiento médico, y debe enviarse un formulario completo de Declaración de discapacidad del niño dependiente junto con esta solicitud de inscripción.

SECCIÓN 7

Complete esta sección, a menos que solicite la cobertura de HMO o de indemnización hospitalaria.

La cobertura de salud que está solicitando podría tener un período de espera por afecciones preexistentes. Si la primera fecha del contrato o la fecha aniversario del contrato de su cobertura grupal es el 23 de septiembre de 2010 o una fecha posterior, no se aplicará un período de espera por afecciones preexistentes para las personas menores de 19 años. Consulte a su empleador si tiene preguntas acerca de la aplicabilidad del período de espera por afecciones preexistentes para las personas menores de 19 años.

SECCIÓN 8

Complete esta sección si usted o algún dependiente tienen otra cobertura de atención de la salud a través de un empleador (cobertura grupal), que no se cancelará cuando la cobertura en virtud de esta solicitud entre en vigencia.

SECCIÓN 9

Complete esta sección si usted o cualquiera de sus dependientes están cubiertos por Medicare.

SECCIÓN 10

Complete esta sección si usted desea rechazar la cobertura de salud para usted mismo y sus dependientes. **Cualquier persona** que rechace la cobertura por cualquier motivo debe completar la Sección 10, no solamente aquellas personas que la rechacen porque tienen otra cobertura.

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE: RECHAZO DE LA COBERTURA DE SALUD

Si usted rechaza la inscripción para usted mismo o para sus dependientes (incluido su cónyuge) porque tiene otra cobertura de atención de la salud, es posible que, en el futuro, pueda inscribirse o pueda inscribir a sus dependientes en el plan si solicita la inscripción en el término de 31 días después de que finalice su otra cobertura. Además, si usted tiene un nuevo dependiente como consecuencia de haber contraído matrimonio, de un nacimiento, de una adopción o por ser parte en una demanda por adopción, es posible que pueda inscribirse o pueda inscribir a sus dependientes si solicita la inscripción en el término de 31 días después de haber contraído matrimonio, del nacimiento, de la adopción o de la demanda por adopción.

SECCIÓN 11

Firme y feche la solicitud de inscripción si usted acepta las condiciones establecidas en esta sección. Debe enviar su solicitud de inscripción al Departamento de Inscripción de su empleador que, luego, enviará su formulario a: Group Accounts Dept. • P. O. Box 655730 • Dallas, TX 75265-5730

Es posible que los cambios en las leyes o las reglamentaciones estatales o federales, o sus interpretaciones, cambien los términos y condiciones de cobertura.

Los formularios indicados anteriormente pueden obtenerse ingresando en el sitio web de BCBSTX www.bcbstx.com, o puede solicitárselos a su Representante de Comercialización o a su Empleador. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su Representante de Comercialización.

FORMULARIO DE SOLICITUD/CAMBIO

DE INSCRIPCIÓN



BlueCross BlueShield
of Texas

dearborn national

--	--	--	--	--	--

Grupo N.º

--	--	--	--

Sección N.º

--	--	--

Depto. N.º

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seguro Social N.º

--	--	--	--	--	--

Grupo N.º

--	--	--	--

Sección N.º

--	--	--

Depto. N.º

Categoría

SECCIÓN 1 — EVENTOS DE INSCRIPCIÓN

MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN — SI DESEA RECHAZAR LA COBERTURA, COMPLETE LAS SECCIONES 2, 10 Y 11 ÚNICAMENTE.

- Afiliado nuevo Agregar dependiente Inscripción abierta Otro(s) cambio(s)
 ¿Está presentando la solicitud como resultado de un evento de inscripción especial?
 No Sí, fecha del evento: ____/____/____
 Evento: Matrimonio Nacimiento
 Adopción o demanda por adopción (proporcione los documentos legales)
 Orden judicial (proporcione la orden o sentencia judicial)
 Pérdida de otra cobertura (proporcione un Certificado de Cobertura Acreditable)
 Otro (explique) _____

- Agregue la cobertura:
 Salud
 Dental
 De vida temporaria
 De vida para dependientes
 De discapacidad a corto plazo (STD, por sus siglas en inglés)
 De discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés)

- Cancelar cobertura de afiliado
 Cancelar cobertura de dependiente
 Cancelar cobertura: Salud Dental De vida temporaria De vida para dependientes STD LTD
 Indique a continuación, en la Sección 4, los nombres de las personas cuya cobertura se desea cancelar
 Evento: Divorcio Fallecimiento
 Extinción de relación laboral
 Otro
 Indique la fecha del evento: ____/____/____

NOTA: Rechazo de cobertura (complete las Secciones 2, 10 y 11)

SECCIÓN 2 — INFORMENOS ACERCA DE USTED

COMPLETE INCLUSO SI RECHAZA LA COBERTURA

Apellido	1.º nombre	Inic. 2.º nombre (opc.)	Sufijo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de Seguro Social
Dirección de correo postal - Calle - Depto. N.º		Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	N.º de teléfono particular/celular		
Nombre del Empleador	Cargo	N.º de teléfono laboral	Fecha de inicio del empleo (MM/DD/AAAA)	Por lo general, ¿usted trabaja, al menos, 30 horas a la semana para este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado de elegibilidad: <input type="checkbox"/> Empleado activo <input type="checkbox"/> Empleado jubilado; fecha de la jubilación: _____ <input type="checkbox"/> Continuación en virtud de COBRA					
<input type="checkbox"/> Continuación de la cobertura grupal del estado (planes asegurados solamente) <input type="checkbox"/> Continuación de la cobertura grupal de dependientes del estado (planes asegurados solamente)					

SECCIÓN 3 — SELECCIONE SU COBERTURA

MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN

Cobertura de salud (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Opciones de Blue <input type="checkbox"/> BlueEdge HCA <input type="checkbox"/> BlueEdge HSA <input type="checkbox"/> Plan Consumer Choice de la HMO (grupo pequeño solamente) <input type="checkbox"/> Plan Consumer Choice de la PPO (grupo pequeño solamente) <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> Otro: _____ N.º de plan, si lo conoce: _____	Afiliados de cobertura de salud (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Empleado únicamente <input type="checkbox"/> Empleado/cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No deseo solicitar cobertura de salud	Cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N.º de plan, si lo conoce: _____	Afiliados de cobertura dental (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Empleado únicamente <input type="checkbox"/> Empleado/cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No deseo solicitar cobertura dental
--	---	--	---

Complete solamente si desea solicitar cobertura de la HMO: Lengua materna: _____ Marque aquí para solicitar un manual de miembros en español
 ¿Tiene alguna discapacidad que afecte su capacidad de comunicarse o leer? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", describa los materiales de comunicación especiales que necesita: _____

SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA

SELECCIONE UN PCP PARA LA HMO O POS SOLAMENTE

Nombre del empleado/afiliado	Nombre del PCP	N.º de PCP	¿Paciente nuevo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Nombre del dependiente <input type="checkbox"/> Marido <input type="checkbox"/> Mujer	Nombre del PCP del dependiente	N.º de PCP	¿Paciente nuevo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
N.º de Seguro Social del dependiente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente) - N.º y calle	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del dependiente: _____ <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible _____	N.º del Seguro Social del dependiente	Nombre del PCP del dependiente	N.º de PCP	¿Paciente nuevo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Fecha de nac. (MM/DD/AAAA)	Dirección particular, si es diferente — N.º y calle/ciudad/estado/código postal	¿Es este dependiente un hijo natural, un hijastro, un hijo adoptivo o un hijo en demanda por adopción? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Si no es su hijo natural, su hijastro, su hijo adoptivo ni su hijo en demanda por adopción, ¿es usted (o su cónyuge) el responsable financiero de este dependiente? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Nombre del dependiente: _____ <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible _____	N.º del Seguro Social del dependiente	Nombre del PCP del dependiente	N.º de PCP	¿Paciente nuevo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Fecha de nac. (MM/DD/AAAA)	Dirección particular, si es diferente — N.º y calle/ciudad/estado/código postal	¿Es este dependiente un hijo natural, un hijastro, un hijo adoptivo o un hijo en demanda por adopción? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Si no es su hijo natural, su hijastro, su hijo adoptivo ni su hijo en demanda por adopción, ¿es usted (o su cónyuge) el responsable financiero de este dependiente? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Nombre del dependiente: _____ <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible _____	N.º del Seguro Social del dependiente	Nombre del PCP del dependiente	N.º de PCP	¿Paciente nuevo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Fecha de nac. (MM/DD/AAAA)	Dirección particular, si es diferente — N.º y calle/ciudad/estado/código postal	¿Es este dependiente un hijo natural, un hijastro, un hijo adoptivo o un hijo en demanda por adopción? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Si no es su hijo natural, su hijastro, su hijo adoptivo ni su hijo en demanda por adopción, ¿es usted (o su cónyuge) el responsable financiero de este dependiente? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

SECCIÓN 5: COBERTURA DE SEGURO DE VIDA TEMPORARIA GRUPAL, MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D), Y POR DISCAPACIDAD

Ocupación del empleado/Cargo: _____	Tasa salarial \$ _____ por <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año					
Cobertura básica grupal de vida temporaria y AD&D <input type="checkbox"/> No solicito <input type="checkbox"/> Solicito	Cantidad \$ _____					
Cobertura grupal de vida para dependientes <input type="checkbox"/> No solicito <input type="checkbox"/> Solicito						
Cobertura grupal de vida complementaria <input type="checkbox"/> No solicito <input type="checkbox"/> Solicito						
Elección del empleado: \$ _____	Elección del cónyuge: \$ _____					
Elección del niño: \$ _____						
Discapacidad a corto plazo (STD) <input type="checkbox"/> No solicito <input type="checkbox"/> Solicito						
Discapacidad a largo plazo (LTD) <input type="checkbox"/> No solicito <input type="checkbox"/> Solicito						
Beneficiario primario	1.º nombre	Inicial	Apellido	Relación	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de Seguro Social
Beneficiario secundario	1.º nombre	Inicial	Apellido	Relación	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de Seguro Social

SECCIÓN 6: DEPENDIENTE CON DISCAPACIDAD

Nombre del dependiente con discapacidad	Naturaleza de la discapacidad
Nombre del dependiente con discapacidad	Naturaleza de la discapacidad

Si el niño discapacitado tiene una edad que supera el límite de edad de dependientes del plan de su empleador, adjunte un formulario completo de Declaración de discapacidad del niño dependiente.

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA DE SALUD PREVIA **NO COMPLETAR SI SOLICITA COBERTURA DE UNA HMO O DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA**

A fin de recibir crédito para períodos de espera por afecciones preexistentes, debe proporcionarse información de los últimos 12 meses de cobertura (18 meses si la cobertura nueva/actual es autofinanciada) de usted y de cualquier dependiente indicado. Si tiene un certificado de cobertura acreditable, adjunte una copia a esta solicitud de inscripción. (Si había más de un plan vigente o si la información de los dependientes es diferente, adjunte páginas adicionales). Si tiene Medicare, complete la información sobre cobertura de Medicare en la Sección 9. Consulte la página de instrucciones para obtener más información.

Enumere los nombres de todas las personas cubiertas:

Nombre del titular de la póliza de la cobertura anterior	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente	N.º de póliza o grupo	Número de ID
Nombre de la compañía de seguros anterior, del tercero administrador (TPA, por sus siglas en inglés), de la HMO:	Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)	Tipo de cobertura <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental	Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Solo empleado <input type="checkbox"/> Empleado/cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/hijo(s) <input type="checkbox"/> Familiar		
Nombre del Empleador:	Nombre del titular de la póliza de la cobertura anterior (MM/DD/AAAA)	¿Continuará la cobertura? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental Si la respuesta es No, indique la fecha de cancelación prevista MM/DD/AAAA			

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN SOBRE OTRA COBERTURA

Complete esta sección solo si usted o alguno de sus dependientes tienen otra cobertura de salud y/o dental **que no se cancelará** cuando la cobertura en virtud de esta solicitud entre en vigencia. **Enumere los nombres de cada persona cubierta:**

Cobertura grupal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección de otra aseguradora	Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)	Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Solo empleado <input type="checkbox"/> Empleado/cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/hijo(s) <input type="checkbox"/> Familiar
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente
Nombre del Empleador	Fecha de inicio del empleo (MM/DD/AAAA)	N.º de Grupo de Salud	N.º de ID de Salud
		N.º de Grupo Dental	N.º de ID Dental

SECCIÓN 9: INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA DE MEDICARE

Nombre de la persona cubierta:	Fecha de entrada en vigencia de Medicare A (hospitalaria): _____ Fecha de finalización: _____	Fecha de entrada en vigencia de Medicare B (médica): _____ Fecha de finalización: _____	Fecha de entrada en vigencia de Medicare D (medicinas): _____ Fecha de finalización: _____	Aseguradora de Medicare D (medicinas): _____	HIC de Medicare N.º (figura en la tarjeta de Medicare)
Indique el motivo de elegibilidad para la cobertura de Medicare: <input type="checkbox"/> Edad elegible <input type="checkbox"/> Discapacidad elegible <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal <input type="checkbox"/> Discapacidad y enfermedad renal actual					
Nombre de la persona cubierta:	Fecha de entrada en vigencia de Medicare A (hospitalaria): _____ Fecha de finalización: _____	Fecha de entrada en vigencia de Medicare B (médica): _____ Fecha de finalización: _____	Fecha de entrada en vigencia de Medicare D (medicinas): _____ Fecha de finalización: _____	Aseguradora de Medicare D (medicinas): _____	HIC de Medicare N.º (figura en la tarjeta de Medicare)
Indique el motivo de elegibilidad para la cobertura de Medicare: <input type="checkbox"/> Edad elegible <input type="checkbox"/> Discapacidad elegible <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal <input type="checkbox"/> Discapacidad y enfermedad renal actual					

SECCIÓN 10: RECHAZO DE COBERTURA

En virtud de la presente sección, certifico que se me ha explicado la cobertura disponible. Se me ha brindado la oportunidad de solicitar la cobertura que se me ofreció a mí y a mis dependientes elegibles, y he elegido, de manera voluntaria, rechazar la cobertura, según se indica a continuación. Si deseo solicitar una cobertura más adelante, comprendo que es posible que haya una demora en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, así como en el período de espera por afecciones preexistentes.

Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Motivo del rechazo de la cobertura de salud: <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud grupal; Aseguradora: _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud individual; Aseguradora: _____ <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____ <input type="checkbox"/> No estoy inscrito en ningún plan de seguro de salud; sin embargo, no deseo esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Motivo del rechazo de la cobertura dental: <input type="checkbox"/> Otra cobertura dental grupal <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura dental individual <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____ <input type="checkbox"/> No estoy inscrito en ningún plan de seguro dental; sin embargo, no deseo esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Cónyuge	Motivo del rechazo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud grupal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud individual <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____ <input type="checkbox"/> No estoy inscrito en ningún plan de seguro de salud; sin embargo, no deseo esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Hijo	Motivo del rechazo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud grupal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud individual <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____ <input type="checkbox"/> No estoy inscrito en ningún plan de seguro de salud; sin embargo, no deseo esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Hijo	Motivo del rechazo: <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud grupal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura de salud individual <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____ <input type="checkbox"/> No estoy inscrito en ningún plan de seguro de salud; sin embargo, no deseo esta cobertura.

SECCIÓN 11: CONDICIONES DE LA COBERTURA

- Soy empleado del Empleador indicado en esta Solicitud de Inscripción. Soy elegible para participar en la(s) cobertura(s) ofrecida(s) por el plan de mi Empleador, que no es (son) proporcionada(s) ni administrada(s) por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) o Fort Dearborn Life Insurance Company (FDL). En mi nombre y en el nombre de cualquier dependiente indicado en esta Solicitud de Inscripción, solicito esa(s) cobertura(s), para la(s) cual(es) soy elegible. Declaro que la información proporcionada en esta Solicitud de Inscripción es cierta y correcta. Comprendo y acepto que cualquier declaración falsa intencional de un hecho importante efectuada por mí invalidará mi(s) cobertura(s).
- Solo tendré disponibles la(s) cobertura(s) y los montos para los cuales soy elegible. Comprendo que, si se acepta esta Solicitud de Inscripción, la(s) cobertura(s) entrará(n) en vigencia de acuerdo con las disposiciones del (de los) Contrato(s)/Plan(es).
- En el caso de las personas de 19 años o más, comprendo que es posible que la cobertura de salud que estoy solicitando tenga un período de espera de exclusión por afecciones preexistentes. (No se aplica a la cobertura de HMO o de indemnización hospitalaria).
- Acepto que mi Empleador actúe como mi agente. Autorizo a mi Empleador, si lo hubiera, a realizar la deducción salarial necesaria para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s). Como se aplica a la cobertura de HMO, aceptaré una copia electrónica de mis documentos de cobertura (ya sea certificado de cobertura o cuadernillo de beneficios) si mi empleador solicita que BCBSTX entregue la información por vía electrónica. Entiendo que hay una copia disponible en papel si la solicito.
- Entiendo que mi participación en la(s) cobertura(s) está sujeta a cualquier enmienda futura. También comprendo que todas las notificaciones cursadas a mi Empleador se aplican a mi persona.

Firma del solicitante _____ Fecha _____