



Inscripción

Solicitud de Inscripción de Grupo/Cambio

Por favor lea cuidadosamente las instrucciones en el interior antes de llenar la solicitud de inscripción/cambio.



FORT DEARBORN LIFE
INSURANCE COMPANY



**BlueCross BlueShield
of Texas**

INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE GRUPO/CAMBIO

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE LLENAR LA SOLICITUD/CAMBIO

Llene con tinta negra o azul. Escriba claramente. No abrevie.

SECCIÓN 1

Marque las casillas necesarias para nuevas afiliaciones o solicitud de cambio de cobertura. Indique el evento y el lugar si es necesario. Complete las secciones adicionales que correspondan a su selección.

Nuevo Afiliado: Complete las secciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 11 donde sea aplicable.

Añadir Dependiente: Complete las secciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 11 donde sea aplicable. Si añade a un dependiente por orden de la corte, adjunte por favor una copia de dicha orden o decreto así como una hoja de Adición de Dependiente para Cobertura Médica por Mandato de la Corte completa.

Cambio de Médico Principal (PCP) o Dentista Principal (PCD): Complete las secciones 1, 2, 3, 4 y 11. En la sección 1 indique la razón por la cual usted está cambiando su Médico o Dentista Principal, y en la sección 4 incluya el nombre de la persona afiliada o del dependiente, número de seguro social, fecha de nacimiento, nombre y teléfono de su nuevo Médico o Dentista Principal.

Cambio de Dirección/Nombre: Complete las Secciones 1, 2 y 11.

Cancelación de Afiliación o Dependiente: Complete las secciones 1, 2, 4 y 11. En la sección 4 incluya nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento de la persona que desea cancelar.

SECCIONES 2 y 3 SECCIÓN 4

Complete las áreas que apliquen para su caso.

Llene las áreas que apliquen para su caso y al de cada uno de sus dependientes. **Sólo los que soliciten cobertura HMO o POS pueden seleccionar un Médico Principal por cada dependiente.** Anote el nombre y número del Médico Principal del directorio de proveedores. Asegúrese de marcar el cuadro apropiado ya sea paciente nuevo o existente. **Sólo los miembros de HMO Blue Texas que soliciten cobertura dental deben llenar la información sobre PCD.** **ATENCIÓN MUJERES (AFILIADAS):** al seleccionar su Médico Principal, recuerde que su red de médicos puede afectar su selección de un OB/GIN. Usted tiene derecho a recibir servicios de un OB/GIN sin obtener primero referencia de su Médico Principal. Sin embargo, para los miembros de HMO, el OB/GIN del cual reciban servicios, debe pertenecer al mismo grupo médico o asociación de practicantes independientes (IPA) que su Médico Principal. Ésta es una razón más para asegurarnos que la red de su Médico Principal incluye los especialistas (principalmente el OB/GIN) y los hospitales de su preferencia. No se requiere que designe un OB/GIN. Puede recibir los servicios de OB/GIN por parte de su Médico Principal.

NOTICIA IMPORTANTE — ELEGIBILIDAD DE UN MENOR DEPENDIENTE

- 1) El hijo del hijo de un empleado puede incluirse como dependiente si cumple con los requisitos del IRS al momento de la solicitud.
- 2) Un hijo que por orden de la corte es dependiente, también es elegible. Su empleador le dará otra forma para estos dependientes. Entregar una hoja de Adición de Dependiente para Cobertura Médica por Mandato de la Corte con todos los datos y una orden de la corte o decreto.
- 3a) **No HMO** - Un hijo incluye (1) un hijo natural, (2) un hijastro, (3) un niño dependiente por orden de la corte, (4) un niño adoptado, (5) un hijo involucrado en una demanda de adopción, (6) un hijo de cualquier edad que esté médicamente certificado como discapacitado, o (7) un hijo del hijo del empleado.
- 3b) Un hijo que no esté contemplado en los incisos anteriores del (1) al (7) puede ser suscrito si la residencia principal del niño es la casa del empleado, de quien el empleado es el tutor legal o cuya relación sea sanguínea o por matrimonio, y quien es dependiente del empleado por más de la mitad de su manutención como lo define el IRS de los Estados Unidos.
- 4) **Sólo HMO** - Un hijo que no sea (1) hijo natural o hijastro (2) un dependiente por orden de la corte, o (3) un hijo dependiente del cual el suscriptor o cónyuge del suscriptor es el tutor legal por orden de la corte. Se debe adjuntar una prueba de la tutela legal con la solicitud.
- 5) Si está incluyendo a un hijo discapacitado, mayor de la edad límite establecida en el contrato de su trabajo y cumple con los requisitos de manutención del IRS, llene la sección 9, Dependiente Discapacitado.

SECCIÓN 5

Llene esta sección si su empleador le está ofreciendo cobertura de seguro de vida.

SECCIÓN 6

Llene esta sección si está solicitando una cobertura que no sea HMO o Indemnización Hospitalaria.

SECCIÓN 7

Llene esta sección si usted o alguno de sus dependientes tienen otra cobertura médica a través de un empleador.

SECCIÓN 8

Llene esta sección si usted o alguno de sus dependientes están cubiertos por Medicare.

SECCIÓN 9

Complete esta sección si está solicitando cobertura para un niño discapacitado dependiente mayor de la edad límite. Un niño discapacitado dependiente debe ser certificado por Suscripción Médica y se debe adjuntar a la solicitud de inscripción una Estipulación de Dependencia por Discapacidad completa.

SECCIÓN 10

Llene esta sección si está rechazando la cobertura para usted o sus dependientes. Toda persona rechazando cobertura, sea cual sea la razón, deberá llenar la sección 10, no sólo quien ya tenga otra cobertura.

AVISO IMPORTANTE — RECHAZO DE COBERTURA MÉDICA

Si está rechazando cobertura médica para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a que ya tiene otro seguro médico, si lo desea en el futuro puede solicitar cobertura en este plan, siempre y cuando la solicite dentro de un período de 31 días después de que su otra cobertura haya vencido. Además, si tiene un nuevo dependiente, ya sea por matrimonio, nacimiento, adopción o en proceso de adopción, puede solicitar cobertura para usted y sus dependientes, siempre y cuando la solicite dentro de un período de 31 días del matrimonio, nacimiento, adopción o en proceso de adopción.

SECCIÓN 11

Si está de acuerdo con lo estipulado en esta sección, escriba su nombre y la fecha de solicitud. Su solicitud debe ser sometida al **Departamento de Inscripción** de su empleador, el cual en su nombre remitirá esta forma a: **Group Accounts Dept. • P. O. Box 655730 • Dallas, TX 75265-5730**

Si tiene preguntas, por favor comuníquese con un Representante de Servicio a Clientes.

Apellido:

Número de Seguro Social:

H Grupo #

SECCION 6 — INFORMACION DE COBERTURA ANTERIOR COMPLETE SÓLO SI SOLICITA COBERTURA QUE NO SEA HMO O INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Para recibir crédito de los períodos de espera en condiciones preexistentes, deberá proporcionar información sobre los últimos 12 meses de cobertura (18 meses si la cobertura nueva/actual es pagada por usted) para usted y sus dependientes listados. Si tiene un certificado de la cobertura anterior, favor de incluir una copia en esta solicitud de inscripción. (Si tenía más de un seguro o si difiere la información de los dependientes, favor de incluirlo). Si estaba con Medicare, favor de completar el área de Información de la Cobertura de Medicare mencionada en la Sección 8 abajo. **Favor de mencionar a todos bajo la cobertura:**

Nombre del Afiliado Principal	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Parentesco con Solicitante <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente	No.de Grupo o Póliza	No. de Identificación
Nombre del Empleador:	Fecha de Empleo ___/___/___ Fecha Efectiva ___/___/___ ¿Continuará la cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, Fecha de Cancelación ___/___/___	Tipo de Cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ofrecida por su Empleador o <input type="checkbox"/> Pagada por Usted		Tipo de Póliza <input type="checkbox"/> Sólo <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Empleado/ Cónyuge o <input type="checkbox"/> Empleado/ Hijo	
Nombre y dirección de otra compañía, TPA, HMO					

SECCION 7 — INFORMACION SOBRE OTRA COBERTURA

¿Está usted o cualquier miembro de su familia antes mencionado cubierto por otro seguro médico o dental? Sí No Mencione a cada persona bajo dicha cobertura:

Tipo de Cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	Grupo de Cobertura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y Dirección de la Otra Compañía			
Nombre del Titular de la Póliza	Fecha Nacimiento (mm/dd/aa)	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Parentesco con Solicitante <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente	Tipo de Cobertura <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Dos Personas <input type="checkbox"/> Familia	
No. de Identificación	Fecha de Empleo	Fecha Efectiva de Cobertura	No.de Grupo o Póliza	Nombre del Empleador	

SECCION 8 — INFORMACION SOBRE COBERTURA MEDICARE

Nombre de la Persona Asegurada:	<input type="checkbox"/> Medicare A (Hospitalaria) Fecha Efectiva: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Medicare B (Médica) Fecha Efectiva: ___/___/___	No. de Medicare (Tarjeta Medicare)
Nombre de la Persona Asegurada:	<input type="checkbox"/> Medicare A (Hospitalaria) Fecha Efectiva: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Medicare B (Médica) Fecha Efectiva: ___/___/___	No. de Medicare (Tarjeta Medicare)

Favor de marcar la razón de elegibilidad para Medicare Edad Permitida Discapacidad Permitida Enfermedad Renal Terminal Discapacidad y Enfermedad Renal Actual

SECCION 9 — DEPENDIENTE DISCAPACITADO

Nombre de la Persona Discapacitada	Tipo de Discapacidad
¿Discapacidad diagnosticada como permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es temporal, ¿cuánto tiempo estima?	
¿Su hijo(a) no puede trabajar debido a su discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCION 10 — RECHAZO DE COBERTURA MEDICA

Por la presente certifico que me han explicado la cobertura disponible. Me han ofrecido la oportunidad de solicitar cobertura para mí y para mis dependientes elegibles, y voluntariamente he rechazado la cobertura por los motivos explicados abajo. Si posteriormente deseo solicitar cobertura, entiendo que la fecha efectiva de la cobertura puede retrasarse así como también el período de espera por antecedentes.

Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Motivo de Rechazo <input type="checkbox"/> Otra Cobertura de Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra, especifique:
Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Motivo de Rechazo <input type="checkbox"/> Otra Cobertura de Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra, especifique:
Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Motivo de Rechazo <input type="checkbox"/> Otra Cobertura de Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra, especifique:
Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Motivo de Rechazo <input type="checkbox"/> Otra Cobertura de Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra, especifique:
Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Motivo de Rechazo <input type="checkbox"/> Otra Cobertura de Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra, especifique:

SECCION 11 — CONDICIONES DE COBERTURA

- Declaro que soy empleado de la empresa arriba mencionada. Que soy elegible para participar en la(s) cobertura(s) a través del Plan de Beneficios de mi Empresa (Plan), regido o/y administrado por Blue Cross and Blue Shields of Texas (BCBSTX), HMO Blue Texas o Fort Dearborn Life Insurance Company (FDL). En nombre de mis dependientes mencionados en esta solicitud, y en el mío propio, solicito aquella(s) cobertura(s) para la(s) que soy elegible. Declaro además que la información dada como parte de mi solicitud es cierta y correcta. Comprendo y acepto que cualquier declaración incorrecta con respecto al riesgo que haya sido dada por mí a sabiendas invalidará mi(s) cobertura(s).
- Sólo aquella(s) cobertura(s) y cantidad(es) para la(s) que sea elegible estará(n) a mi disposición. Comprendo que si esta solicitud es aceptada, la(s) cobertura(s) entrará(n) en vigor de acuerdo con las disposiciones del/los Contrato(s).
- Entiendo que la cobertura médica que estoy solicitando puede estar sujeta a una exclusión por condiciones pre-existentes. (No aplica al solicitar indemnización hospitalaria o HMO.)
- Autorizo a mi empleador a que, de ser pertinente, descuenta de mi paga o salario el costo de mi(s) cobertura(s), según éstas sean pagaderas. Estoy de acuerdo en que mi empleador actúe como mi agente. Toda notificación dada a mi empleador será obligación para mí. También acepto que mi participación en la(s) cobertura(s) quede sujeta a cualquier enmienda futura.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Firma de Verificación del Empleador (Opcional) _____ Fecha _____