

SOLICITUD DE COBERTURA MÉDICA/CAMBIOS

909300

N.º de grupo

N.º de sección

N.º de Seguro Social

N.º de cuenta

Categoría



SECCIÓN 1: MOTIVOS DE SOLICITUD

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. SI DESEA RENUNCIAR A LA COBERTURA, COMPLETE SOLO LAS SECCIONES 2, 8 Y 9.

Nuevo asegurado Agregar derechohabiente Período de inscripción abierta Otros cambios

¿Está solicitando cobertura debido a un suceso de inscripción especial?

No Sí. Fecha del suceso: ___ / ___ / ___

- Suceso: Nueva contratación Matrimonio* Nacimiento
 Adopción (proporcione los documentos legales)
 Orden judicial (proporcione el decreto o la orden judicial)
 Pérdida de otra cobertura
 Insure Oklahoma (se requiere una carta de aprobación de O-EPIC)
 Otro (explique): _____

Fecha de entrada en vigor de los beneficios: ___ / ___ / ___

Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad

Eliminar asegurado

Eliminar derechohabiente

Cancelar la cobertura: Médica Dental

Incluya los nombres de las personas a quienes les cancelará la cobertura en la sección 4.

Suceso: Divorcio** Muerte
 Finalización del empleo Otro

Indique la fecha del suceso: ___ / ___ / ___

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN PERSONAL

DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN INCLUSO SI RENUNCIA A LA COBERTURA.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre (opcional)	Sufijo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de Seguro Social
Dirección postal, n.º y calle, n.º de apto.		Ciudad		Estado	Código postal
Correo electrónico		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	N.º de teléfono particular/celular		
Nombre de la empresa Becco Contractors Inc.	Cargo	N.º de teléfono en el trabajo	Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)	¿Cuántas horas, en promedio, trabaja por semana? (campo obligatorio)	
Condición de elegibilidad: <input type="checkbox"/> Empleado en activo <input type="checkbox"/> Empleado jubilado; fecha de jubilación: _____					

SECCIÓN 3: SELECCIÓN DE COBERTURA

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.

Seguros de gastos médicos para pequeñas empresas (de entre 1 y 50 empleados)

Cobertura médica (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Blue Advantage PPO SM <input type="checkbox"/> Blue Choice PPO SM <input type="checkbox"/> Blue Preferred PPO SM <input type="checkbox"/> Blue Options PPO SM <input type="checkbox"/> Otra _____ N.º de cobertura (campo obligatorio) _____	Incluidos en la póliza (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge*** <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No solicito cobertura médica	Cobertura dental de BlueCare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N.º de cobertura (campo obligatorio) _____	Incluidos en la póliza (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No solicito cobertura dental
--	--	---	---

Cobertura médica (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Blue Choice PPO SM <input type="checkbox"/> Blue Traditional® <input type="checkbox"/> Blue Preferred PPO SM <input type="checkbox"/> BlueLincs HMO SM <input type="checkbox"/> BlueOptions SM <input type="checkbox"/> HSA Blue SM <input type="checkbox"/> Blue Options Select PPO SM <input type="checkbox"/> Otra _____ N.º de cobertura (campo obligatorio) _____ Opción de deducible médico \$ _____ (si hay más de una disponible)	Incluidos en la póliza (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No solicito cobertura médica	Cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N.º de cobertura (campo obligatorio) _____	Incluidos en la póliza (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No solicito cobertura dental
--	---	---	---

Lengua materna: _____

SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA

COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN.

Nombre del empleado o asegurado	Nombre del médico de cabecera (PCP)	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Pareja en unión libre	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
N.º de Seguro Social del derechohabiente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): N.º y calle	Ciudad Estado Código postal
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible	N.º de Seguro Social del derechohabiente	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP ¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible	N.º de Seguro Social del derechohabiente	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP ¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible	N.º de Seguro Social del derechohabiente	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP ¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Significado de ciertos términos en esta solicitud (a menos que se indique lo contrario): Es posible que estos términos se usen con un significado diferente en otros documentos.

* El término "matrimonio" abarca el matrimonio legal y el establecimiento de una pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura de la empresa).

** El término "divorcio" incluye el divorcio legal y la disolución equivalente de una pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura de la empresa).

*** El término "cónyuge" se usa para hacer referencia al cónyuge legal. Además, abarca a una de las partes de una pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura de la empresa).

Por favor firme al
reverso →

SECCIÓN 5: DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.

Nombre del derechohabiente discapacitado	Tipo de discapacidad
Nombre del derechohabiente discapacitado	Tipo de discapacidad

Si la edad de un hijo discapacitado supera el límite de edad para derechohabientes de la cobertura de la empresa, complete y adjunte una Solicitud de extensión de cobertura para derechohabientes discapacitados.

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE OTRAS COBERTURAS COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN.

Complete esta sección solo si usted o alguno de sus derechohabientes tienen otra cobertura médica o dental **que no se cancelará** cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio. **Incluya los nombres de todas las personas con cobertura:**

Cobertura grupal (a través del empleo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura individual (particular) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección de la otra compañía de seguros	Fecha de entrada en vigor (MM/DD/AAAA)	Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia	
Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Derechohabiente	
Empresa	Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)	N.º del grupo médico	N.º médico	N.º del grupo dental	N.º dental

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE COBERTURA MEDICARE COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.

Beneficiario:	Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	N.º de beneficiario de Medicare (de la tarjeta de Medicare)
	Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	
	Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	
	Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____	

Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: Edad autorizada Discapacidad autorizada Enfermedad renal en etapa terminal
 Discapacidad y enfermedad renal

Beneficiario:	Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	N.º de beneficiario de Medicare (de la tarjeta de Medicare)
	Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	
	Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	
	Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____	

Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: Edad autorizada Discapacidad autorizada Enfermedad renal en etapa terminal
 Discapacidad y enfermedad renal

SECCIÓN 8: RENUNCIA A LA COBERTURA COMPLETE SI RENUNCIA A LA COBERTURA.

Acepto que se me ha explicado la cobertura que tengo a mi disposición. He tenido la posibilidad de solicitar la cobertura que se ofrece para mí y mis derechohabientes elegibles, pero he decidido voluntariamente renunciar a la cobertura, como se indica a continuación. Si decido solicitar la cobertura en otro momento, entiendo que la fecha de entrada en vigor de la cobertura se puede retrasar.

Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Razón de la renuncia a la cobertura médica : <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través de un empleo); compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular); compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Otra (explique) _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Razón de la renuncia a la cobertura dental : <input type="checkbox"/> Otra cobertura dental grupal (a través del empleo) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura dental individual (particular) <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Cónyuge	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través de un empleo) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular) <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Derechohabiente	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través de un empleo) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular) <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Derechohabiente	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través de un empleo) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular) <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.

SECCIÓN 9: CONDICIONES DE COBERTURA

- Soy empleado o jubilado de la empresa que se menciona en esta solicitud. Soy elegible para participar en la(s) cobertura(s) que ofrece la cobertura de la empresa, que está asegurada o administrada por Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma. Solicito la(s) cobertura(s) para la(s) que soy elegible en nombre propio y de mis derechohabientes, que aparecen en esta solicitud de cobertura. Declaro que la información proporcionada en esta solicitud de cobertura es verdadera y correcta. Entiendo y acepto que cualquier declaración falsa sobre algún hecho importante que realice de manera intencional invalidará mi(s) cobertura(s).
- Solo estarán disponibles para mí las coberturas y los montos para los cuales soy elegible. Entiendo que, si se aprueba esta solicitud de cobertura, los beneficios entrarán en vigor de acuerdo con las estipulaciones establecidas en el contrato o la cobertura.
- Acepto que la empresa actúe como mi agente de seguros. Autorizo que la empresa deduzca de mi nómina el monto necesario, si corresponde, para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s).
- Entiendo que mi participación en las coberturas queda sujeta a cualquier modificación futura. También entiendo que todos los avisos dirigidos a la empresa rigen para mí.

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE, DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE DAÑAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR UNA PÓLIZA DE SEGURO CON INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO.

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____