



BlueCross BlueShield
of Texas

Dearborn  National®

Coberturas a través del empleo

Solicitud de cobertura médica |

Solicitud de cambios

Lea detenidamente las instrucciones en el interior antes de completar esta solicitud de cobertura médica/cambios.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association
Dearborn National® Life Insurance Company (Downers Grove, Illinois) asegura u ofrece los productos y servicios comercializados con la marca Dearborn National™ y el logotipo de la estrella en todos los estados (excepto New York), District of Columbia, United States Virgin Islands, British Virgin Islands, Guam y Puerto Rico. Dearborn National® Life Insurance Company no ofrece productos ni servicios de Blue Cross and Blue Shield of Texas y es una compañía aparte.

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS

LEA DETENIDAMENTE ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS.

Solo use bolígrafo negro o azul. Escriba en letra de imprenta legible. No utilice abreviaciones.

SECCIÓN 1: MOTIVOS DE SOLICITUD	<p>Marque todas las casillas que correspondan para indicar si usted es un nuevo asegurado o si está solicitando un cambio en la cobertura. Indique el suceso y la fecha, si corresponde. Complete las secciones adicionales conforme a su caso.</p> <p>Nuevo asegurado: Complete todas las secciones, si corresponde.</p> <p>Agregar derechohabiente: Complete todas las secciones, si corresponde.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si solicita cobertura para un derechohabiente debido a una orden judicial para que reciba cobertura después del período automático de 31 días para la cobertura, debe presentar una copia del decreto o la orden judicial.• Si solicita cobertura para un derechohabiente discapacitado cuya edad supera el límite de edad de la cobertura de su empresa, proporcione la información adicional solicitada en la sección 5. También es posible que se solicite documentación adicional, como se especifica en esa sección.• Si la cobertura de la empresa incluye una cobertura para derechohabientes estudiantes y usted desea agregar o solicitar cobertura para un hijo derechohabiente de 26 años o más que es estudiante, es posible que deba presentar un formulario completo de certificación de estudiante. <p>Período de inscripción abierta: El período que se ofrece regularmente, durante el cual puede solicitar la cobertura de un seguro de gastos médicos de un grupo específico o realizar cambios en la cobertura vigente.</p> <p>Período especial de inscripción: Si usted es elegible, este período le permite hacer cambios a su cobertura vigente en caso de matrimonio*, divorcio**, adopción, renuncia o despido, mudanza del área de servicio, etc. Este cambio puede realizarse fuera del período de inscripción abierta.</p> <p>Fecha de entrada en vigor de los beneficios: El campo es obligatorio.</p> <p>Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad: Marque esta casilla si su empresa tiene requisitos de elegibilidad que usted ha satisfecho o cumplido antes de presentar la solicitud, como un período de medición o de orientación.</p> <p>Eliminar asegurado, eliminar derechohabiente o cancelar la cobertura: Complete las secciones 1, 2, 4 (omite la sección 4 si renuncia a la cobertura) y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento de las personas a las que les cancelará la cobertura.</p>	
SECCIÓN 2: SU INFORMACIÓN	Complete esta sección con sus datos personales incluso si rechaza la cobertura.	
SECCIÓN 3: SU COBERTURA	Complete todas las partes relacionadas con las opciones de cobertura en las que desea inscribirse. Incluya el número de identificación de siete caracteres de la cobertura para los beneficios que haya seleccionado (por ejemplo, para una cobertura médica para grupos pequeños: B634ADT) en el campo de n.º de cobertura. Si no conoce el tamaño de su grupo o el número de identificación de la cobertura, solicite orientación de su empresa.	Si solicita cobertura de Dearborn National®, ingrese la información solicitada. Cuando incluya a los beneficiarios, proporcione sus nombres y apellidos, y la relación que tienen con usted. Incluya a todos los beneficiarios que correspondan.
SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA	Complete todas las áreas que correspondan a usted y a cada derechohabiente. Solo para coberturas HMO: <ul style="list-style-type: none">• Para las coberturas Blue Essentials AccessSM o Blue Premier AccessSM no es necesario seleccionar un médico de cabecera.• Las personas que soliciten las coberturas Blue Advantage HMOSM, Blue EssentialsSM o Blue PremierSM deben seleccionar un profesional o médico de cabecera (PCP, en inglés) para cada asegurado. Incluya el nombre del médico o profesional y el número de profesional de la salud que encontrará en el directorio de profesionales de la salud o en el directorio en línea Provider Finder®, en espanol.bcbstx.com. Asegúrese de marcar la casilla adecuada si es paciente nuevo.• ATENCIÓN, ASEGURADAS: Si selecciona una cobertura HMO que exige la selección de un médico de cabecera (PCP, en inglés), recuerde que la red de su PCP puede afectar sus opciones de ginecólogos-obstetras. Usted tiene derecho a recibir los servicios de un ginecólogo-obstetra sin obtener primero una orden médica de su PCP. No obstante, en el caso de las aseguradas con cobertura HMO, el ginecólogo-obstetra del cual reciben servicios tiene que pertenecer al mismo grupo médico o a la misma Asociación de Médicos Independientes (IPA, en inglés) que su PCP. Esta es otra razón por la cual debe asegurarse de que la red de su PCP incluya especialistas (el ginecólogo-obstetra, en particular) y hospitales de su preferencia. No es necesario que designe a un ginecólogo-obstetra. Puede optar por recibir servicios de ginecología-obstetricia de su PCP. <p>Cambiar de profesional o médico de cabecera: En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete las secciones 2, 3, 4 y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento del inscrito o derechohabiente, y el nombre y número del nuevo PCP.</p> <p>Cambiar dirección o nombre: En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete las secciones 2 y 9.</p>	
SECCIÓN 5: DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS	Los derechohabientes discapacitados deben contar con una certificación médica de discapacidad y dependencia de usted o de su cónyuge*** o pareja en unión libre para incluirlos en la cobertura en el caso de que la cobertura de la empresa ofrezca este tipo de beneficio. Si corresponde, junto con esta solicitud de cobertura médica, se debe presentar una Declaración de hijo derechohabiente con discapacidad.	
SECCIÓN 6: OTRA COBERTURA	Complete esta sección si usted o alguno de sus derechohabientes tienen otra cobertura grupal (a través del empleo) o individual (particular) (si corresponde) que no se cancelará cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio.	
SECCIÓN 7: COBERTURA DE MEDICARE	Complete esta sección si usted o alguno de sus derechohabientes tienen cobertura Medicare. Ingrese las fechas correspondientes de inicio y finalización de la cobertura. Debe indicar el número de beneficiario de Medicare (Medicare HIC, en inglés) (puede encontrarlo en la tarjeta de asegurado de Medicare). Marque el motivo por el cual solicita la cobertura Medicare.	
SECCIÓN 8: RENUNCIA A LA COBERTURA	Complete esta sección si renuncia a la cobertura médica para usted y sus derechohabientes. Toda persona que, por cualquier razón, renuncie a la cobertura debe completar la sección 8; no solo quienes renuncian porque tienen otra cobertura. AVISO IMPORTANTE: Si renuncia a su propia cobertura médica o a la de sus derechohabientes (incluido su cónyuge) porque tienen otra cobertura médica, es posible que, en el futuro, pueda solicitar cobertura para usted o sus derechohabientes si presenta su solicitud dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un derechohabiente nuevo como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción u obtención de la guarda de un menor, es posible que pueda solicitar la cobertura e incluir a sus derechohabientes si presenta su solicitud dentro de los 31 días posteriores a cualquiera de estos acontecimientos.	
SECCIÓN 9: CONDICIONES DE COBERTURA	Firme con su nombre y escriba la fecha en la solicitud de cobertura médica si está de acuerdo con las condiciones que se establecen en esta sección. Debe presentar la solicitud de cobertura médica al departamento de su empresa designado como Enrollment Department , el cual, a su vez, enviará su formulario (por correo electrónico o postal) a la siguiente dirección: BCBSTX • Group Accounts Dept. • PO Box 655730 • Dallas, TX 75265-5730. <p>* 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).</p>	

Las modificaciones en las leyes o reglamentaciones federales o estatales, o en las interpretaciones de ellas, pueden modificar los términos y las condiciones de cobertura.

Puede obtener acceso a los formularios mencionados anteriormente en el sitio web de Blue Cross and Blue Shield of Texas, en espanol.bcbstx.com, o a través de su empresa. Si actualmente es uno de nuestros asegurados y tiene preguntas, puede llamar al número de Servicio al Cliente que aparece al dorso de su tarjeta de asegurado.

SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS



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

N.º de grupo

--	--	--	--

N.º de sección

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

N.º de Seguro Social

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

N.º de cuenta

Categoría

Tenga en cuenta lo siguiente: Si su grupo ofrece un seguro de gastos médicos a elección del interesado (Consumer Choice), usted tiene la opción de elegir un seguro de gastos médicos Consumer Choice of Benefits o un seguro de gastos médicos Consumer Choice of Benefits HMO que, ya sea de manera total o parcial, no brindan los beneficios médicos que exige el estado y que, generalmente, se exigen en las pólizas de seguro por accidente y enfermedad o en las evidencias de cobertura de Texas. Esta cobertura estándar le puede ofrecer una póliza de seguro médico o un seguro de gastos médicos por un precio módico, pero, al mismo tiempo, menos beneficios médicos que los que, generalmente, se incluyen como beneficios médicos que exige el estado en las pólizas o evidencias de cobertura de Texas. Si elige esta cobertura estándar, consulte con su agente de seguros para conocer qué beneficios médicos que exige el estado no están incluidos en la póliza o evidencia de cobertura.

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 o proceso de adopción (proporcione los documentos legales)
 Orden judicial (proporcione el decreto o la orden judicial)
 Pérdida de otra cobertura
 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
 Seguro de vida temporal
 Seguro de vida para derechohabientes
 Seguro por discapacidad a corto plazo
 Seguro por discapacidad a largo plazo
 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	Cargo	N.º de teléfono en el trabajo	Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)	¿Usted generalmente trabaja un mínimo de 30 horas a la semana para esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Condición de elegibilidad: <input type="checkbox"/> Empleado en activo <input type="checkbox"/> Empleado jubilado; fecha de jubilación: _____ <input type="checkbox"/> Continuación de cobertura COBRA					
<input type="checkbox"/> Continuación de la cobertura grupal por parte del estado (solo para seguros de gastos médicos financiados)					
<input type="checkbox"/> Continuación de la cobertura grupal para derechohabientes por parte del estado (solo para seguros de gastos médicos financiados)					

SECCIÓN 3: SELECCIÓN DE COBERTURA

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.

Seguros de gastos médicos para pequeñas empresas (de entre 2 y 50 empleados)

Cobertura médica (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Blue Premier Access SM <input type="checkbox"/> Blue Choice PPO SM <input type="checkbox"/> Blue Essentials SM <input type="checkbox"/> Blue Advantage HMO SM <input type="checkbox"/> Blue Essentials Access 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 estoy solicitando cobertura médica	Cobertura de BlueCare DentalSM <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incluidos en la póliza dental (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 estoy solicitando cobertura dental
---	---	--	---

Seguros de gastos médicos para grandes empresas (a partir de 50 empleados)

Cobertura médica (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Blue Choice PPO SM <input type="checkbox"/> Blue Essentials SM <input type="checkbox"/> Blue Premier SM <input type="checkbox"/> Blue Essentials Access SM <input type="checkbox"/> Blue Premier Access SM <input type="checkbox"/> Otra _____ N.º de cobertura: _____	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 estoy solicitando cobertura médica	Cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N.º de cobertura (campo obligatorio): _____	Incluidos en la póliza dental (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 estoy solicitando cobertura dental
---	--	--	---

Lengua materna: _____ Marque aquí para solicitar el Manual para asegurados con cobertura HMO en español

¿Tiene alguna discapacidad que limite sus habilidades de comunicación o lectura? Sí No

Si la respuesta es "Sí", describa los materiales de comunicación especial que necesita: _____

Coberturas grupales de Dearborn National[®]: Seguro de vida temporal, Seguro por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D, en inglés), y Seguro por discapacidad

No solicito alguna de estas coberturas grupales: Seguro de vida temporal, Seguro por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D) o Seguro por discapacidad.

Puesto/Cargo del empleado: _____ Tarifa salarial \$ _____ por hora semana mes año

Cobertura grupal: Seguro básico de vida temporal y por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D) No solicito cobertura. Solicito cobertura. Monto \$ _____

Cobertura grupal: Seguro de vida para derechohabientes No solicito cobertura. Solicito cobertura.

Cobertura grupal: Seguro de vida complementario No solicito cobertura. Solicito cobertura.
 Monto para el empleado: \$ _____ Monto para el cónyuge: \$ _____ Monto para el hijo: \$ _____

Seguro por discapacidad a corto plazo No solicito cobertura. Solicito cobertura.

Seguro por discapacidad a largo plazo No solicito cobertura. Solicito cobertura.

Beneficiario principal	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de Seguro Social
						- -

Beneficiario secundario	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de Seguro Social
						- -

* 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).

^ Dearborn National[®] Life Insurance Company (Downers Grove, Illinois) asegura u ofrece los productos y servicios comercializados con la marca Dearborn National[™] y el logotipo de la estrella en todos los estados (excepto New York), District of Columbia, United States Virgin Islands, British Virgin Islands, Guam y Puerto Rico. Dearborn National[®] Life Insurance Company no ofrece productos ni servicios de Blue Cross and Blue Shield of Texas y es una compañía aparte.

SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN. PARA OBTENER LA COBERTURA DE BLUE ADVANTAGE, BLUE PREMIER Y BLUE ESSENTIALS, ES OBLIGATORIA LA SELECCIÓN DE UN MÉDICO DE CABECERA (PCP, EN INGLÉS). LAS COBERTURAS BLUE PREMIER ACCESS Y BLUE ESSENTIALS ACCESS NO EXIGEN LA SELECCIÓN DE UN PCP.

Nombre del empleado o asegurado	Nombre médico de cabecera (PCP)	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional)	N.º de ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO
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	Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional)	N.º de ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO
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	Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional)
N.º de ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO					
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción que cumple con los requisitos, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente? <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	Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional)
N.º de ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO					
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción que cumple con los requisitos, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente? <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	Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional)
N.º de ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO					
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción que cumple con los requisitos, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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 la Declaración de hijo derechohabiente con discapacidad.

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 hijos(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)
	Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	Medicare
	Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	Medicare
	Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía aseguradora: _____	
Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: <input type="checkbox"/> Edad autorizada <input type="checkbox"/> Discapacidad autorizada <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal <input type="checkbox"/> 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)
	Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	Medicare
	Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	Medicare
	Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía aseguradora: _____	
Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: <input type="checkbox"/> Edad autorizada <input type="checkbox"/> Discapacidad autorizada <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal <input type="checkbox"/> 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 de la empresa que se menciona en esta solicitud. Reúno los requisitos para participar en la cobertura ofrecida por la empresa, la cual está asegurada o es administrada por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) o Dearborn National® Life Insurance Company. 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 mi empresa actúe como mi agente de seguros. Autorizo que mi empresa deduzca de mi nómina el monto necesario, si corresponde, para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s). Como corresponde para la cobertura HMO, aceptaré una copia electrónica de los documentos de mi cobertura (ya sea el certificado de cobertura o el certificado de beneficios) si mi empresa solicita que BCBSTX envíe la información electrónicamente. Entiendo que puedo solicitar una copia impresa.
- Entiendo que mi participación en la cobertura queda sujeta a cualquier modificación futura. También entiendo que todos los avisos dirigidos a mi empresa rigen para mí.
- Entiendo que las comunicaciones por escrito que exige la ley se me pueden enviar electrónicamente, con mi consentimiento. Entiendo que si doy mi consentimiento para recibir mis documentos electrónicamente, tengo derecho a obtener una copia impresa y a retirar mi consentimiento.

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO EN UNA PRISIÓN ESTATAL.

Firma del solicitante _____ Fecha _____



If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય અથવા કોઈ બીજી વ્યક્તિને અસુબી.અમ. કાયકમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
日本語 Japanese	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、ご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したり することができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、855-710-6984 までお電話ください。
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
ພາສາລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍອຳການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອສົມກັບນາຍແປພາສາ, ໃຫ້ໃຫ້ທ່ານເບີ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago la'da biká anánlwo'ígíí, na'idílkidgo, ts'idá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł dóó bína'idílkidígíí bee níł hodoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíílnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 855-710-6984.



La cobertura de atención médica es importante para todos.

Les brindamos servicios y asistencia para la comunicación de manera gratuita a todas las personas que tienen una discapacidad o que necesitan asistencia lingüística.

No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Para recibir asistencia lingüística o comunicativa de manera gratuita, comuníquese con nosotros al 855-710-6984.

Si considera que no hemos proporcionado algún servicio o que hemos discriminado de alguna otra manera, comuníquese con nosotros para expresar su inconformidad:

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

Office for Civil Rights, U.S. Dept. of
Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formularios de queja: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>