



Regence BlueShield is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueShield
1800 Ninth Avenue
Seattle, WA 98101

Envíe el formulario a: PO Box 1200
Portland, OR 97207-1200
Fax a: 1 (866) 303-5117

Solicitud de inscripción/cambio

Por favor escriba en tinta negra o azul. La información incompleta o ilegible puede dar como resultado un retraso en la cobertura. Si alguna pregunta no aplica, escriba "N/A". El formulario debe de estar firmado y fechado o será devuelto. Las cinco cajillas de abajo deben de ser llenadas por el Administrador del Grupo.

Table with 5 columns: Número del grupo de salud, Subgrupo, Clase, Nombre del grupo, Fecha de vigencia solicitada

SECCIÓN 1: INSCRIPCIÓN NUEVA, CAMBIO O CANCELACIÓN
Nueva inscripción debido a:
Inscripción de continuación de COBRA o de No COBRA:
Cambio:
Cambio de fecha debido a:
Cambio de evento
Cambio de información demográfica:
Cancelación:
Se requiere la firma del Administrador de Grupo en la parte de abajo, si la cancelación se está solicitando con una fecha de vigencia anterior a la fecha en que Regence BlueShield recibirá este formulario.
La cancelación se debe a:
Fecha del evento de cancelación
Esto confirma que cualquier empleado o dependiente que se esté cancelando en este formulario no tenía una expectativa de cobertura después de la fecha de vigencia de la cancelación y no pagó ninguna prima después de la fecha de vigencia de la cancelación.
Firma del Administrador de Grupo
Fecha
Selección de productos:
Médica:
Dental:
Si su empleador ofrece varios productos médicos o dentales con el mismo nombre, proporcione la siguiente información ubicada en la parte superior de su Resumen de beneficios.
Deducible \$
Coaseguro
Copago \$



Solicitud de inscripción/cambio (continuación)

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO						
Apellido			Primer nombre		Inicial del segundo nombre	
Dirección de correo			Ciudad, estado y código postal			
Dirección física			Ciudad, estado y código postal			
Número de teléfono diurno ()		Correo electrónico			Idioma materno	
Fecha de nacimiento	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número del Seguro Social			Fecha original de la contratación	
Fecha de contratación de tiempo completo	Horas por semana	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado o Certificado de unión libre <input type="checkbox"/> No tiene certificado de unión civil*				
¿Qué tipo de tarjeta de miembro desea recibir? <input type="checkbox"/> Tarjeta a nivel de miembro (cada miembro en una tarjeta por separado) <input type="checkbox"/> Tarjeta a nivel familiar (todos los miembros de la familia en la misma tarjeta)						

*Si no tiene certificado de unión civil o de unión libre debe presentar una declaración jurada que confirme la unión de hecho.

SECCIÓN 3: INSCRIPCIÓN DE DEPENDIENTES						
Sexo	Nombre(s) de la(s) persona(s) a recibir cobertura (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Médico	Dental	Relación con el solicitante	Número de Seguro Social para cada persona cubierta	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /

Si necesita espacio adicional, solicite un formulario adicional a su administrador de grupo.

¿Alguno de los hijos que se mencionan en esta solicitud es elegible para una cobertura patrocinada por otro empleador a través de su empleador o su cónyuge? No Sí En caso afirmativo, indique los nombres de los solicitantes:

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE LA CUSTODIA DE LOS NIÑOS						
Si usted y su cónyuge están divorciados o legalmente separados, indique a continuación quién tiene la custodia legal de su(s) hijo(s):						
Fecha en que fue otorgada	Padre	Madre	Conjunta	Otro	Fecha en que fue otorgada	¿La sentencia del tribunal le requiere al padre que no tiene la custodia que proporcione cobertura para los hijos?
						Sí No Si la respuesta es "Si" indique que otra cobertura es proveída.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Solicitud de inscripción/cambio (continuación)

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE LA COBERTURA ACTUAL/ANTERIOR

Por favor indique para CADA persona que se enumera en esta solicitud, cualquier cobertura de seguro médico (incluyendo Medicare o Medicaid) vigente dentro del período de 24 meses previo a la fecha propuesta de vigencia de esta cobertura. Cada persona que solicita cobertura debe estar enumerada a continuación. Si no había ninguna cobertura de seguro médico vigente dentro de los últimos 24 meses, indique NINGUNA.

Nombre del solicitante	Corredor de seguros (Número de póliza y número de teléfono)	Fecha de la cobertura Día/Mes/Año		¿Continuar á la cobertura?	Tipo de cobertura	Tipo de producto
		Desde	Hasta			
1.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
2.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
3.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
4.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
5.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
6.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
7.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental

MEDICARE Si usted o cualquiera de los miembros de su familia enumerados en esta solicitud tiene Medicare, es cobertura de la **Part A** **Part B** **Part D** Por favor complete la siguiente información:

Persona que se inscribe	Fecha de vigencia / /	Número de Medicare (por favor incluya el prefijo alfa)	Razón por la cual tiene derecho a Medicare: <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD <input type="checkbox"/> Derecho doble
Persona que se inscribe	Fecha de vigencia / /	Número de Medicare (por favor incluya el prefijo alfa)	Razón por la cual tiene derecho a Medicare: <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD <input type="checkbox"/> Derecho doble

Si necesita espacio adicional, solicite un formulario adicional a su administrador de grupo.

SECCIÓN 6: - A FIRMA DEL SOLICITANTE

Por este medio solicito la inscripción, el cambio o la cancelación de la cobertura, como se indicó anteriormente. Entiendo que cualquier cobertura estará bajo el contrato principal entre Regence BlueShield y mi empleador y estoy de acuerdo con los términos y condiciones del certificado en cuestión según lo acordado. Estoy de acuerdo con las cláusulas de inscripción del empleador y certifico que todas aquellas personas para las cuales busco la inscripción, incluyendo la mía, cumplen con el criterio de elegibilidad según lo acordado por el grupo en el contrato maestro. Entiendo que la cobertura no puede empezar hasta haber satisfecho el periodo de espera de elegibilidad acordado por el empleador y según este documentado en los registros de Regence BlueShield.

Una persona elegible que no aparezca en esta solicitud se considerará como que renuncia a la cobertura. Reconozco que he tenido la oportunidad de inscribir, pero no deseo hacer una solicitud para ninguna persona que no haya sido mencionada. Al renunciar a la cobertura, reconozco que las personas que renuncian a la cobertura (incluyéndome a mí, si estoy renunciando) pueden inscribirse después solamente en la fecha del aniversario de mi grupo, a menos que califiquen para un período de inscripción especial.



Solicitud de inscripción/cambio (continuación)

SECCIÓN 6 - A FIRMA DEL SOLICITANTE (continuación)

Si he renunciado a mi inscripción o a la de cualquiera de mis dependientes (incluyendo a mi cónyuge/compañero de hogar) debido a otra cobertura de seguro médico o plan de salud colectivo, puedo en el futuro inscribir en este plan a las personas que renunciaron, siempre que solicite la inscripción en un período no mayor de 30 días después de la finalización de la otra cobertura de esta(s) persona(s) por la pérdida de la elegibilidad o porque el empleador deja de contribuir con esa otra cobertura. Además, si tengo un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puedo inscribirme yo y mis dependientes, siempre que solicite la inscripción en un período de 30 días después del matrimonio o en un período de 60 días después del nacimiento, adopción o colocación. Para obtener más información acerca de estas reglas, llame al 1 (800) 505-6801.

Salvo por una enmienda expresa, firmada por un representante Regence BlueShield, ninguna persona, incluyendo, pero sin limitarse a, cualquier productor independiente, agente o empleado Regence BlueShield o de mi empleador, puede cambiar los términos del contrato maestro, ninguna de sus enmiendas o esta solicitud y ninguna persona puede exonerar el requisito de que yo responda a todas las preguntas de esta solicitud por completo y de forma exacta. Entiendo que esta solicitud formará parte del contrato entre Regence BlueShield y mi empleador.

Autorizo a mi empleador para actuar como mi agente en todos los asuntos administrativos de la cobertura colectiva y reconozco que mi empleador de ninguna manera actúa como agente Regence BlueShield. Estoy de acuerdo con pagar las tarifas apropiadas de las primas para mi persona y los dependientes que se inscriban por adelantado, y autorizo la deducción de las primas de la nómina de pago según sea requerido.

Autorizo a cualquier fuente a divulgar Regence BlueShield cualquier información médica, de salud, de empleo o de seguro, que sea solicitada para cualquier miembro inscrito. Reconozco y entiendo que Regence BlueShield puede solicitar o revelar información médica sobre mi persona o mis dependientes (personas que son elegibles para recibir la cobertura de beneficios y que se mencionan en el formulario de inscripción) eventualmente con el propósito de facilitar el tratamiento de atención médica, pago o con el propósito de las operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de atención médica o según lo requiera la ley. La información médica solicitada o divulgada puede estar relacionada con el tratamiento o servicios brindados por:

- ◆ Un médico, dentista, farmacéutico u otro profesional de atención de la salud o del comportamiento;
- ◆ Una clínica, hospital, centro de atención médica de largo plazo u otro centro médico;
- ◆ Cualquier otra institución que brinde atención, tratamiento, consultas, fármacos, materiales o,
- ◆ Un corredor de seguros o plan de salud colectivo.

La información de salud que se solicite o se revele puede incluir, pero no se limita a: constancias de reclamos, correspondencia, expedientes médicos, estados de cuenta; informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, expedientes dentales o de hospital (incluyendo los registros de enfermería y notas de progreso). Este reconocimiento no aplica para obtener información sobre notas de psicoterapia. Se utilizará una autorización independiente para las notas de psicoterapia.

Comprendo que puede aplicarse un período de espera por condiciones preexistentes. **Es posible que el período de espera preexistente no aplique a ningún miembro menor de 19 años de edad.** Comuníquese con su Administrador de Grupo para obtener más información. Un período de espera de una condición preexistente puede ser reducido por cualquier cobertura previa de salud acreditable que yo o mi(s) dependiente(s) podamos haber tenido, siempre y cuando no haya habido un lapso significativo. Tengo derecho a proporcionar evidencia de la cobertura anterior. Puedo comunicarme con Regence BlueShield para obtener ayuda para conseguir la evidencia apropiada de la cobertura anterior.

He proporcionado estas respuestas como parte del proceso de solicitud requerido por Regence BlueShield para inscribirse en la cobertura y certifico que toda la información que se ha completado en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que Regence BlueShield se basará en cada respuesta para realizar la cobertura y calificar las determinaciones. Es delito proporcionar información que se sabe que es falsa, incompleta o errónea a una compañía de seguros con propósitos fraudulentos. Las penas incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Por este medio verifico que he revisado toda la información que se proporcionó en esta solicitud (sin importar si yo la completé o si alguien más me ayudó a llenarla) y certifico que es exacta y completa. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente Regence BlueShield por escrito si algo ocurre antes de que mi cobertura entre en vigencia, que haga que cualquier respuesta en esta solicitud sea inexacta o incompleta.

A firma del solicitante _____ Fecha _____

