



Prima: _____ Cargo: _____
Para uso de la oficina central

Para ayudarnos a procesar su solicitud rápidamente, recuerde:

- Escriba todas las respuestas en letra imprenta y con tinta negra. No se aceptarán respuestas escritas con lápiz.
- Asegúrese de firmar personalmente la solicitud como Solicitante principal. Si su cónyuge o dependiente(s) de 18 años de edad o más también solicita(n) cobertura, haga que firmen personalmente sobre la línea correcta. El padre/tutor debe firmar si el solicitante principal es menor de edad.

PARTE UNO Marque uno: Póliza nueva Agregar dependiente Cancelar dependiente Actualizar (aumento de beneficios) Reducir (disminución de beneficios)

SECCIÓN A: PERSONA(S) QUE SOLICITA(N) COBERTURA (escriba en letra imprenta)

Además de residir en forma permanente en Texas, todas las personas que soliciten cobertura deben ser ciudadanos de los Estados Unidos o, si no lo son, deben poder presentar una historia clínica realizada por un médico americano, que incluya, entre otros, una evaluación médica llevada a cabo dentro de los dos últimos años. Todas las demás personas no son elegibles para recibir cobertura.

SOLICITANTE PRINCIPAL

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido		Nro. de Seguro Social		Sexo (M/F)	Edad	Fecha de nacimiento (mes/día/año) / /	Altura (pies., pulgadas.)	Peso (libras.)
Nro. de teléfono particular ()	Nro. de teléfono comercial ()	Nro. de fax (si corresponde) ()	Ocupación/Tarea			Nro. comercial del cónyuge (si solicita cobertura)		
Dirección de residencia		Ciudad/Estado/Código postal				Condado		
Correo electrónico (si corresponde)					Lugar y hora ideal para llamar (si fuese necesario) para realizar una entrevista telefónica. <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde			

Cónyuge e HIJOS dependientes que usted desea incluir en la cobertura (los hijos dependientes deben ser menores de 25 años y solteros).

Si uno o más miembros de la familia no son elegibles para recibir cobertura, ¿solicitaría cobertura para el(los) miembro(s) de la familia restante(s)? Sí No

Nombre: Primer nombre	Nombre: Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación (cónyuge o hijo)	Sexo	Altura (pies, pulgadas)	Peso (libras.)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de Seguro Social	Orden judicial para dependientes
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Existe alguna cobertura de dependientes requerida por orden judicial? Sí No Si la respuesta es "sí", ¿entró en vigencia en los últimos 30 días? Sí No Si la respuesta es "sí", para solicitar cobertura exigida por la ley para los hijos dependientes, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas para recibir el formulario adecuado.

SECCIÓN B: COBERTURA SOLICITADA PARA (elija sólo un plan)

PPO Select Blue Advantage

Deducible del plan: I \$250 II \$500 III \$1,000 IV \$1,500
V \$2,500 VI \$3,500 VII \$5,000 VIII \$10,000

PPO Select Saver

Deducible del plan: I \$500 II \$1,000 III \$1,500 IV \$2,500
V \$3,500 VI \$5,000 VII \$10,000

PPO Select Choice

Deducible del plan: I \$250 II \$500 III \$1,000 IV \$1,500
V \$2,500 VI \$3,500 VII \$5,000 VIII \$10,000

COBERTURA ODONTOLÓGICA por medio de la presente, solicito(solicitemos) cobertura odontológica y entiendo(entendemos) que todos los solicitantes y dependientes aprobados para recibir cobertura médica gozarán de cobertura odontológica. Si se cancela alguna cobertura médica individual o si se cancela la cobertura médica en su totalidad, entiendo que se tomará la misma medida con respecto a la cobertura odontológica. **Entiendo que ésta será mi única oportunidad de adquirir seguro odontológico.**

SECCIÓN C: INFORMACIÓN SOBRE EL PAGADOR Y LA FACTURACIÓN

Fecha de entrada en vigencia solicitada (mes/día/año) _____

Modalidad de giro bancario mensual (presente el formulario de autorización junto con la solicitud y una copia del cheque cancelado o del comprobante de depósito)

Pago de la prima: Pago directo mensual Pago directo bimensual Pago directo trimestral
 Pago mensual por lista (para dos o más solicitantes que reciban la factura en la misma dirección)

Deberá pagarse un cargo de solicitud **NO REEMBOLSABLE DE \$30.00** junto con la solicitud completada.

El cheque debe ser pagadero a Blue Cross and Blue Shield of Texas.

Pagador de la prima (si no es el solicitante)

¿Su empleador realizará contribuciones para pagar la prima de esta póliza? Sí No

Cargo de solicitud	\$30.00
Prima (si se adjunta)	\$ _____
TOTAL adjuntado	\$ _____

Nombre:	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:	Fecha de nacimiento:	Nro. Seguro Social:
---------	--	----------------------	---------------------

Complete las páginas 1 a 4.

PARTE DOS: EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

Se deben responder todas las preguntas médicas/de la historia clínica con respecto a todas las personas (incluso los dependientes) que solicitan cobertura.

SECCIÓN A: PREGUNTAS MÉDICAS/HISTORIA CLÍNICA

Responda las siguientes preguntas médicas: para que este seguro entre en vigencia, usted debe responder las siguientes preguntas médicas en forma completa y sincera y presentar toda la información médica que se le pida, incluso los exámenes físicos de rutina, y Blue Cross and Blue Shield of Texas debe aprobar esta solicitud. Nadie podrá cambiar de ninguna manera este requisito que usted debe cumplir. Si usted comete fraude o realiza una declaración falsa intencionalmente sobre la información solicitada en un formulario de inscripción, su cobertura podrá ser cancelada posteriormente. Las cancelaciones revocan su cobertura desde la fecha de entrada en vigencia, y se reembolsarán las primas pagadas (una vez deducidos los beneficios pagados). **No tache ni escriba sobre una firma, fecha o información relacionada con preguntas médicas. ¡Importante! No cancele ninguna cobertura médica existente hasta que reciba una notificación sobre su aceptación.**

Si su respuesta es "sí" a CUALQUIERA de las preguntas de esta página, proporcione detalles en la página siguiente. Tenga en cuenta el plazo al que se hace referencia en cada pregunta.

1. ¿Se recomendó a alguna de las personas que solicitan cobertura que reciba tratamiento por el consumo de alcohol o alguna de ellas ha sido asesorada, diagnosticada o tratada debido al consumo o abuso de alcohol, a la dependencia alcohólica o al alcoholismo en los últimos **10 años**? Sí No
2. ¿Alguno de los solicitantes de la cobertura ha consumido drogas o sustancias ilegales o ha sido asesorado, diagnosticado o tratado debido al consumo o la dependencia de drogas o sustancias químicas en los últimos **10 años**? Sí No
3. ¿Alguno de los solicitantes de la cobertura ha sido asesorado, examinado, tratado, hospitalizado o ha recibido recomendaciones en los últimos **10 años** sobre: marque Sí o No? Si marca alguno de los casilleros para indicar "Sí" (Sí), también encierre en un círculo la afección, por ejemplo: **(cefaleas)**, y proporcione los detalles en la página siguiente.

A. ¿Cefaleas; dolores de cabeza; síndrome del túnel carpiano; trastornos convulsivos; parálisis; esclerosis múltiple, trastornos neurológicos o algún trastorno del sistema nervioso central? Sí No

B. ¿Síndrome de déficit de atención; ansiedad, depresión o desequilibrio químico; trastorno conductual, emocional o alimenticio; retraso mental; trastorno bipolar o psicosis; psicoterapia; asesoramiento o terapia matrimonial o cualquier otra forma de asesoramiento o terapia? Sí No

C. ¿Dolor de pecho o palpitaciones; soplo cardíaco; prolapso de válvula mitral; ataque cardíaco; accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (TIA), cualquier otro trastorno o afección circulatorios o cardíacos, o hipertensión/hipertensión arterial (HBP)? Sí No

Si la respuesta a HBP es "Sí", detalle 3 mediciones y sus fechas en el último año
_____ y _____

D. ¿Venas varicosas/arañas vasculares/várices; colesterol o lípidos elevados; anemia; coágulos de sangre o cualquier otro trastorno sanguíneo? Sí No

E. ¿Asma; alergias; sinusitis; bronquitis; neumonía; tuberculosis; apnea; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD); enfisema; o una dificultad respiratoria, enfermedad, trastorno o afección pulmonares o respiratorios? Sí No

F. ¿Hernia; colitis; diarrea crónica o problemas intestinales; hemorroides o trastorno del recto; reflujo gastroesofágico; cualquier trastorno del esófago; úlcera del estómago o duodeno, o cualquier otro trastorno o afección digestivos? Sí No

G. ¿Alguna enfermedad o trastorno de la vesícula biliar, el páncreas o hígado; incremento en las pruebas de las funciones hepáticas; cirrosis; hepatitis? (indique el tipo de hepatitis _____) Sí No

H. ¿Cáncer; tumor; crecimientos; quistes; pólipos; nódulos linfáticos agrandados; leucemia? (indique el diagnóstico y la localización _____) Sí No

I. ¿Acné; queratosis; psoriasis; carcinoma de células basales; lesiones de la piel o la boca o cualquier otro trastorno dermatológico? Sí No

4. En los últimos **5 años**, ¿alguno de los solicitantes de la cobertura se realizó un examen físico (incluso controles), exámenes de diagnóstico, consultó con un médico, quiropráctico o terapeuta? Sí No

5. ¿A alguno de los solicitantes de la cobertura se le indicó que tomara o tomó medicamentos debido a una enfermedad, un trastorno, una afección, una lesión o debido al asesoramiento para dejar de fumar o bajar de peso en los últimos **12 meses**? Sí No

6. ¿Usted, su cónyuge (si desea recibir cobertura) o un hijo (si desea recibir cobertura) ha fumado o consumido algún producto relacionado con el tabaco, como cigarrillos, pipas, cigarros, tabaco en polvo o tabaco de mascar, en los últimos **12 meses**? USTED Sí No SU CÓNYUGE Sí No SU HIJO Sí No.
Si la respuesta es Sí, Nombre(s) _____

7. A. **Pregunta exclusiva para solicitantes y dependientes de sexo femenino:** ¿Alguna de las mujeres que solicita cobertura está actualmente embarazada? . Sí No

B. **Pregunta exclusiva para solicitantes y dependientes de sexo masculino:** ¿Alguno de los hombres que solicita cobertura actualmente es un futuro padre? Sí No
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es "Sí", no se puede ofrecer cobertura.

8. ¿Alguno de los solicitantes **tiene o se le ha realizado** un implante (por ejemplo: mamario, de mentón o peniano), una fijación interna (por ejemplo: clavos, placas o tornillos), prótesis, marcapasos, reemplazo de válvula, dispositivo de derivación o supervisión? Sí No

9. ¿Alguno de los solicitantes de la cobertura ha pedido opinión o recibido asesoramiento para someterse a un tratamiento, un examen, una terapia o una cirugía aún no realizados? Sí No

10. ¿Alguno de los solicitantes **alguna** vez fue hospitalizado o recibió tratamiento en la sala de emergencias o padeció una discapacidad física, deformación física, anomalía congénita, enfermedad, operación, lesión u hospitalización, aparte de los reconocidos en esta página? Sí No

11. ¿Cada uno de los solicitantes de la cobertura es un residente permanente de Texas, salvo los dependientes por orden judicial? Sí No

PARTE DOS: CONTINUACIÓN**SECCIÓN B: DETALLES DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Si la respuesta fue "Sí" para CUALQUIERA de las preguntas de la página anterior, proporcione información adicional utilizando el cuadro que aparece a continuación. Asegúrese de utilizar el ejemplo "correcto" como guía. (Si necesita más espacio, adjunte una página separada, firmada y fechada).

	Número de pregunta	Persona afectada	Enfermedad, lesión, síntoma o diagnóstico			¿Se completó la recuperación?	Tipos de tratamiento, asesoramiento dado y medicamentos recetados	Nombre, dirección y número de teléfono de los médicos y hospitales
			¿Qué es?	Fecha de inicio	Fecha de recuperación (si corresponde)			
Ejemplo correcto:	3C	Joe Smith	hipertensión arterial	6/95	ninguna	no, en curso	40mg Atenolol una vez	Dr. Jones St. Mary's Peoria, IL (309) 555-1212

Información sobre la cobertura anterior Para que se le reconozcan períodos de espera por enfermedad preexistente, usted deberá suministrar información sobre la cobertura correspondiente a los últimos 18 meses, con respecto a usted y los dependientes mencionados. Si usted tiene un certificado de cobertura anterior, adjunte una copia a este formulario. (Si había más de un plan en vigencia, adjunte las páginas adicionales).

Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con el Solicitante <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente	Número de grupo o póliza	Nro. de identificación
Nombre del empleador Nombre y dirección de otra compañía de seguros, TPA, HMO	Fecha de empleo ____/____/____ Fecha de entrada en vigencia ____/____/____ ¿Continuará la cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", Fecha de cancelación prevista ____/____/____	Tipo de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> Patrocinada por el empleador O <input type="checkbox"/> Individual	Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/Hijo		

Reemplazo de cobertura ¿Este seguro reemplaza todo seguro médico actualmente vigente? Sí No

Si la respuesta es "Sí", lea y complete la siguiente información:

Mencione toda cobertura que será reemplazada

Beneficiario	Nombre de la compañía	Número de póliza	Fecha de terminación

Aviso para el Solicitante sobre el reemplazo del seguro de accidentes y enfermedades

Si la respuesta antes indicada es "Sí", usted desea dar de baja o terminar su seguro de accidentes y enfermedades actual y reemplazarlo por un contrato que emitirá Blue Cross and Blue Shield of Texas. Para su propia información y protección, debe conocer y tener muy presentes ciertos factores que pueden afectar la protección que le brinda el seguro en vistas del contrato nuevo.

1. Es posible que, según el contrato nuevo, usted no tenga cobertura inmediata o total de las enfermedades que padece actualmente. Eso implicaría una negación o demora al presentar un reclamo de beneficios bajo el contrato nuevo, mientras que, con el contrato que posee actualmente, es posible que se le pague un reclamo similar.
2. Posiblemente usted desee asesorarse con el asegurador actual o su agente con respecto al reemplazo propuesto para su contrato actual. No sólo tiene derecho a hacerlo, sino que además es beneficioso para usted asegurarse de entender todos los factores relevantes que implica el reemplazo de su cobertura actual.
3. Si, luego de considerarlo debidamente, de todos modos desea terminar su contrato actual y reemplazarlo por una cobertura nueva, asegúrese de responder en forma sincera y completa todas las preguntas que figuran en esta solicitud con respecto a la historia clínica/médica de cada persona que solicita la cobertura. La falta de información médica relevante en la solicitud puede ser motivo para que la compañía niegue cualquier reclamo futuro y le reembolse la prima como si su contrato nunca hubiese entrado en vigencia. Una vez completada la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla detenidamente para asegurarse de haber consignado toda la información debidamente.
4. Se recomienda que no termine su contrato actual hasta que tenga la certeza de que Blue Cross and Blue Shield of Texas ha aceptado su solicitud de contrato nuevo.

Acuerdo: el solicitante, a su leal saber y entender, declara y acuerda lo siguiente: **1.** Esta solicitud no brindará cobertura de ningún tipo, salvo aprobación de Blue Cross and Blue Shield of Texas (la Compañía); y la solicitud, si no ha sido previamente aprobada o rechazada, se considerará retirada en el día 60 posterior a su fecha. **2.** La cobertura de gastos médicos no estará disponible hasta la fecha de entrada en vigencia del contrato médico y hasta que se realice el pago total de la prima del primer mes. **3.** Los beneficios de gastos médicos solicitados, si son emitidos, no cubrirán ninguna enfermedad, accidente o discapacidad física que haya existido u ocurrido antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Solicitante hasta que éste haya recibido cobertura por medio del contrato durante un periodo de 12 meses, si se selecciona PPO Select Saver o PPO Select Choice, o 18 meses si se opta por PPO Select Blue Advantage. **4.** Ningún agente puede aceptar riesgos o modificar pólizas o requisitos de la Compañía. **5.** La Compañía no está sujeta a ninguna declaración que no esté escrita en esta solicitud. **6.** Si se incluye a un cónyuge para recibir cobertura de gastos médicos, la prima se calculará según la edad de cada adulto. **7.** El fraude o cualquier declaración falsa intencional de un hecho material pueden ocasionar la cancelación de la cobertura o la negación de un reclamo según los términos de la póliza.

El Solicitante abajo firmante también acuerda que todo agente actúa en su nombre a los fines de adquirir el seguro, y que si la Compañía acepta esta solicitud y emite una póliza individual, la Compañía podrá pagar al agente una comisión u otra compensación relacionadas con la emisión de dicha póliza individual. El abajo firmante también acuerda que deberá comunicarse con el agente si desea obtener información adicional sobre las comisiones u otras compensaciones que la Compañía paga al agente en relación con la emisión de la póliza individual.

Contrato: entiendo que todos los enunciados y las respuestas de esta solicitud son declaraciones. A mi leal saber y entender, dichas declaraciones son exactas y completas. Estas declaraciones son el fundamento de mi solicitud. Entiendo que la cobertura entrará en vigencia después de la aprobación de la suscripción y del pago total de la prima del primer mes y de que la Compañía reciba y acepte cualquier endoso modificatorio o cláusula de exclusión de la cobertura requeridos, si corresponde. El Solicitante abajo firmante y el agente ratifican que el Solicitante ha leído la solicitud completa y entiende que cualquier declaración falsa incluida en la presente puede ocasionar la pérdida de cobertura según la póliza.

Autorización médica: autorizo a todo profesional médico, hospital, clínica u otro centro, agencia gubernamental o persona o firma médicos o médicamente relacionados, a revelar a la Compañía o a su representante autorizado, información, incluso copias de registros, relacionada con el asesoramiento, la atención o el tratamiento proporcionado a mí o a mis dependientes; incluso la información sobre el consumo de drogas o alcohol, entre otros. Asimismo, autorizo a revelar información relacionada con una enfermedad mental. Además, autorizo a la Compañía a revisar e investigar información en sus propios registros.

Entiendo que mi autorización es voluntaria y que la Compañía utilizará tal información con el propósito de evaluar mi solicitud de seguro médico. Asimismo, entiendo que la Compañía requiere mi autorización para considerar mi solicitud y determinar si se realizará o no una oferta de cobertura. No se tomará ninguna medida con respecto a mi solicitud sin mi autorización firmada. Entiendo que la Compañía puede revelar nuevamente información obtenida con mi autorización, según lo permitido o requerido por la ley, y que dicha información ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que yo o cualquier representante autorizado recibirá una copia de esta autorización a pedido. Esta autorización tendrá validez desde la fecha en que se firma y, si la Compañía aprueba la cobertura, hasta que entre en vigencia una póliza, a menos que yo la revoque por escrito, lo cual puedo hacer en cualquier momento. Ninguna revocación afectará las actividades de la Compañía previas a la fecha de recepción de la revocación.

Firmas: Acuso recibo de la información general de la cobertura requerida y certifico que:

- 1.** Yo pagaré las primas como gasto personal. **2.** Mi empleador no aporta ninguna parte de la prima, ya sea directamente o a través de un reembolso.
- 3.** Debido a que mi empleador no patrocina un plan médico de empleados, ni él ni yo deducimos una parte de las primas de los ingresos brutos según el artículo 106 o el artículo 162 del Código de Impuestos Interno.

Se proporcionará, a pedido, la declaración de divulgación de la Ley de Protección del Paciente. (También disponible en www.bcbstx.com)

Importante: su solicitud debe ser firmada y fechada por todos los solicitantes, según se requiera. (Incluye a su cónyuge y a todos los dependientes de 18 años de edad o más que soliciten la cobertura). La falta de firmas o fechas retrasará el proceso.

Firma del Solicitante principal*: _____ Fecha de la firma: _____

Firma del cónyuge (SÓLO si recibirá cobertura): _____ Fecha de la firma: _____

*Firma del padre/tutor (si el Solicitante principal es menor de edad): _____ Fecha de la firma: _____

Firma del dependiente (SÓLO si tiene 18 años o más y recibirá cobertura): _____ Fecha de la firma: _____

Firma del dependiente (SÓLO si tiene 18 años o más y recibirá cobertura): _____ Fecha de la firma: _____

Certificación del agente: certifico que he enviado la solicitud al(los) Solicitante(s) para que sea completada, o que he realizado las preguntas personalmente y he registrado las respuestas dadas. También declaro que no tengo conocimiento de ninguna otra información médica sobre el(los) Solicitante(s) que no se incluya en esta solicitud y que se ha enviado al(los) Solicitante(s) el material escrito que explica los beneficios, las exclusiones y las disposiciones del Contrato. Certifico que he entregado la información general de la cobertura requerida y la declaración de divulgación de la Ley de Protección del Paciente, si ha sido solicitada.

La(s) póliza(s) debe(n) enviarse por correo al: Agente Solicitante

Agente Agencia Nro. %
BCBSTX Agente asignado nro porcentaje Nro.de identificación del contribuyente

Agente Agencia Nro. %
BCBSTX Agente asignado nro porcentaje Nro.de identificación del contribuyente

Escriba su nombre EN LETRA IMPRENTA _____

Escriba su nombre EN LETRA IMPRENTA _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Firma _____ Fecha en que se firmó _____

Firma _____ Fecha en que se firmó _____

PODER Por la presente, el abajo firmante designa a la Junta directiva de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, o a cualquier sucesor de la misma ("HCSC"), con plenas facultades de sustitución, y a las personas que designe la Junta directiva mediante resolución, como sus apoderados para actuar en nombre del abajo firmante en todas las reuniones de los miembros de HCSC (y en todas las reuniones de los miembros de cualquier sucesor de HCSC), y en cualquier postergación de las mismas, con plenas facultades para votar en nombre del abajo firmante con respecto a todos los asuntos que puedan presentarse en dichas reuniones y postergaciones de las mismas. La reunión anual de los miembros se realizará todos los años en la sede principal corporativa el último jueves de octubre a las 12:30 p.m. Se puede convocar a reuniones especiales de los miembros mediante notificación enviada por correo al miembro no antes de los 30 días ni después de los 60 días previos a dichas reuniones. Este poder tendrá vigencia hasta la revocación por escrito del abajo firmante al menos 20 días antes de una reunión de miembros o hasta que se asista y vote personalmente en una reunión de miembros anual o especial.

Firma del Solicitante principal : **X** _____

Escriba en letra imprenta el nombre que firmó : _____ Fecha de la firma: _____ / _____ / _____