



Prima: _____ Costo: _____
Para uso exclusivo de la Oficina Central

Para ayudarnos a procesar su solicitud rápidamente, recuerde:

- Escribir todas las respuestas en letra de imprenta y en tinta negra. No se aceptarán respuestas escritas en lápiz.
- Asegúrese de firmar personalmente la solicitud como Solicitante principal. Si su cónyuge o cualquier dependiente de 18 años de edad o superior también solicitan la cobertura, debe firmar personalmente en la línea correspondiente a la firma. El padre o tutor debe firmar si el Solicitante principal es menor de edad.

PARTE UNO Marque una opción: Póliza nueva Agregar dependiente Anular dependiente Ascenso de categoría (aumento de beneficios)
 Descenso de categoría (disminución de beneficios)

SECCIÓN A - PERSONA(S) QUE SOLICITA(N) LA COBERTURA (completar en letra de imprenta)

Además de tener domicilio permanente en Texas, todas las personas que soliciten cobertura deben ser ciudadanos de los Estados Unidos y, si éste no es el caso, deben proporcionar historias clínicas emitidas por un médico certificado de los Estados Unidos, que incluye pero no se limita a otra documentación, una evaluación médica realizada dentro de los últimos dos años. Todas las demás personas que no cumplan estos requisitos no son elegibles para la cobertura.

Nombre, inicial del segundo nombre, apellido		No. Seguro Social	Sexo (MF)	Edad	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Altura (pies, pulgadas)	Peso (libras)
No. de teléfono del domicilio ()	No. de teléfono laboral ()	No. de Fax (si lo hay) ()	Ocupación/tarea		Ocupación del cónyuge (si corresponde)		
Domicilio de residencia		Ciudad/Estado/Código postal			Condado		
Correo electrónico (si lo hay)				Lugar y tiempo convenientes para llamar (si es necesario) para una entrevista telefónica. <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde			

Cónyuge o HIJOS dependientes que usted desea cubrir (los hijos dependientes deben ser menores de 25 años y solteros).

Si uno o más miembros de la familia no son elegibles para la cobertura, ¿consideraría conseguir cobertura para el resto de los miembros de la familia? Sí No

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación (cónyuge o hijo)	Sexo	Altura (pies, pulgadas)	Peso (libras)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	No. Seguro Social	Solicitado por 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

¿Alguna de las coberturas para Dependiente es exigida por una orden judicial? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿entró en vigencia dentro de los últimos 30 días? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, para solicitar una cobertura exigida por orden judicial para hijos Dependientes, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas para obtener el formulario correspondiente.

SECCIÓN B - COBERTURA SOLICITADA PARA (elija un plan solamente)

PPO Select Blue Advantage

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

PPO Select Choice

Plan deducible: 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

Plan deducible: I \$500 II \$1,000 III \$1,500 IV \$2,500
V \$3,500 VI \$5,000 VII \$10,000

COBERTURA DE SEGURO DENTAL Por la presente solicito/solicitamos cobertura odontológica y entiendo/entendemos que todos los Solicitantes y Dependientes que han sido aprobados para la cobertura médica se admitirán en la cobertura odontológica. Si cualquier individuo con cobertura médica es dado de baja de la cobertura o si se cancela la cobertura en su totalidad, comprendo que la misma acción se aplicará a la cobertura odontológica.
Comprendo que esta será mi única oportunidad para adquirir una cobertura odontológica.

SECCIÓN C - INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN Y DEL ENCARGADO DE PAGO

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

Sistema de primas: Giro bancario mensual (Presente el formulario de autorización con la solicitud, junto a la copia del cheque anulado o boleta de depósito)
 Facturación directa mensual Facturación directa bimensual Facturación directa trimestral
 Factura de lista mensual (Disponible para dos o más Solicitantes a quienes se les factura a la misma dirección)

UN COSTO DE INSCRIPCIÓN NO REEMBOLSABLE DE \$30.00 se debe presentar junto a la solicitud completa.

Emita el cheque pagadero a Blue Cross y Blue Shield of Texas.

Encargado del pago de la prima (si es diferente del Solicitante)

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

Costo de inscripción	\$30.00
Prima de (si se encuentra incluida)	\$ _____
TOTAL incluido	\$ _____

Nombre: _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Complete todas las páginas desde la 1 a la 4.

PARTE DOS — EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

Todos los individuos (incluyendo los dependientes) que solicitan la cobertura deben completar todas las preguntas relacionadas con la historia clínica/médica.

SECCIÓN A - HISTORIA CLÍNICA/PREGUNTAS MÉDICAS

Complete las siguientes preguntas relacionadas con la salud: Para que esta cobertura entre en vigencia, debe responder las siguientes preguntas de salud en su totalidad y con veracidad. Además debe proporcionar toda la información médica que se le solicita, incluyendo los exámenes físicos de rutina. Blue Cross and Blue Shield of Texas deben aprobar esta solicitud. Este requisito no se puede modificar de ninguna forma. Si usted comete fraude o falsifica intencionalmente cualquier información solicitada en cualquier formulario de inscripción, es posible que se rescinda su cobertura. La rescisión anula su cobertura a partir de la fecha de entrada en vigencia y las primas ya pagadas se reembolsan (menos cualquier beneficio pagado). **No marque ni tache ninguna firma, fecha o pregunta sobre información médica. ¡Importante! No cancele ninguna cobertura médica existente hasta que se le notifique su aceptación.**

Si usted responde afirmativamente CUALQUIER pregunta en esta página, proporcione detalles en la página siguiente. Tenga en cuenta la referencia del período de tiempo para cada pregunta.

1. ¿A alguna persona que solicita la cobertura se le ha aconsejado buscar tratamiento por el consumo de alcohol o se le ha diagnosticado o tratado por consumo o abuso de alcohol, dependencia al alcohol o alcoholismo dentro de los últimos **10 años**? Sí No
2. ¿Alguna persona que solicita la cobertura ha utilizado drogas o sustancias químicas o ha recibido asesoramiento o se le ha diagnosticado o tratado por uso o dependencia de sustancias químicas dentro de los últimos **10 años**? Sí No
3. ¿A alguna persona que solicita la cobertura se le ha aconsejado, asesorado, diagnosticado, tratado, hospitalizado o recomendado tratamiento dentro de los últimos **10 años** por alguno de los siguientes: Marque Sí o No. Si alguno de los casilleros está marcado con "Sí" (Sí), también haga un círculo en la condición, por ej. migraña y proporcione más detalles en la página siguiente.

- | | |
|---|--|
| <p>A. ¿Migrañas, dolores de cabeza, síndrome del túnel carpiano, convulsiones, parálisis, esclerosis múltiple, algún trastorno neurológico o algún otro trastorno del sistema nervioso central? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>B. ¿Trastorno por déficit de atención, ansiedad, depresión o desequilibrio químico, algún trastorno de la conducta, emocional o alimenticio, retraso mental, trastorno bipolar o psicosis, psicoterapia, asesoramiento marital o algún otro tipo de terapia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>C. ¿Dolor torácico o palpitaciones, soplos cardíacos, prolapso de la válvula mitral, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular o isquémico transitorio o alguna otra afección cardíaca o circulatoria, hipertensión/presión arterial alta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si respondió afirmativamente a la pregunta sobre presión arterial alta, proporcione 3 lecturas y las fechas de dichas lecturas en el último año
_____ y _____ y _____</p> <p>D. ¿Venas varicosas/arañas vasculares/varicosidades; nivel alto de colesterol o lípidos, anemia, coágulos sanguíneos o algún otro trastorno sanguíneo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>E. ¿Asma, alergias, sinusitis, bronquitis, neumonía, tuberculosis, apnea; enfermedad pulmonar crónica obstructiva, enfisema; o cualquier otra dificultad, enfermedad o afección respiratoria o pulmonar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>F. ¿Hernia, colitis, diarrea crónica o problemas intestinales; hemorroides o trastorno rectal, reflujo gastroesofágico o algún otro trastorno del esófago úlcera estomacal o del duodeno o algún otro trastorno o afección de digestivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>G. ¿Alguna enfermedad o trastorno de la vesícula biliar, del páncreas o del hígado, exámenes de la función del hígado con resultados elevados, cirrosis, hepatitis? (indicar tipo de hepatitis _____) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>H. ¿Cáncer, tumor; crecimiento, quiste, pólipo, nódulos linfáticos dilatados, leucemia? (indicar diagnóstico y ubicación _____) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>I. ¿Acné, queratosis, psoriasis, carcinoma basocelular, lesiones dermatológicas o bucales o algún otro tipo de trastorno dermatológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>J. ¿Cálculos renales, reflujo, incontinencia urinaria o alguna infección o trastorno del tracto urinario, la vejiga o el riñón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>K. ¿Quistes o nódulos mamarios, ginecomastia; mastopatía fibroquística, implantes mamarios, o alguna enfermedad o trastorno mamario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>L. ¿Osteoartritis, artritis reumatoidea, artritis psoriásica, bursitis, hernia, protrusión o desplazamiento discal, gota, síndrome de la articulación temporomandibular, alguna lesión, enfermedad o trastorno de la columna vertebral, espalda, rodillas, mandíbula, huesos, músculos o articulaciones, bunions, reemplazo de articulaciones o terapia de manipulación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>M. ¿Trastorno de la tiroides, bocio, enfermedad de Graves, diabetes, lupus, trastornos de la hipófisis o de la glándula suprarrenal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>N. ¿Cataratas, glaucoma, pérdida de la audición, desviación del tabique nasal o algún trastorno nasal, de la visión, audición o garganta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>O. ¿A alguna persona que solicita cobertura se le ha diagnosticado o informado por parte de un médico que tiene SIDA, VIH o complejo relacionado con el SIDA (CRS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>P. ¿Usted o alguna persona que solicita cobertura ha obtenido resultados positivos en los exámenes de anticuerpos para el virus del SIDA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Q. ¿A alguna persona que solicita cobertura se le ha diagnosticado SIDA o se le ha propuesto recibir tratamiento para el SIDA por parte de un profesional médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>R. Preguntas únicamente para Solicitantes y Dependientes de sexo masculino ¿Trastornos de la próstata, antígeno prostático específico elevado, enfermedad de transmisión sexual, verrugas en los genitales, herpes, impotencia, infertilidad o alguna enfermedad o algún trastorno de los genitales o del sistema reproductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>S. Preguntas únicamente para las Solicitantes y Dependientes de sexo femenino ¿tumor fibroide o uterino, quiste ovárico, endometriosis, cistocele/rectocele, examen de Papanicolaou anormal, infertilidad, enfermedad de transmisión sexual, verrugas en los genitales, herpes o alguna enfermedad o trastorno de los genitales o del sistema reproductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
|---|--|

4. Durante los últimos **5 años**, ¿alguna persona que solicita cobertura ha tenido un examen físico (incluyendo chequeos), exámenes de diagnóstico, consultado un médico, quiropráctico o fisioterapeuta? Sí No
5. ¿A alguna persona que solicita cobertura se le ha recetado o ha tomado medicamentos debido a enfermedad, dolencia, trastorno, afección, lesión o terapia o por dejar de fumar o por pérdida de peso en los últimos **12 meses**? Sí No
6. ¿Usted o su cónyuge (si va a ser asegurado) o alguno de sus hijos (si van a ser asegurados) han fumado o utilizado algún producto con tabaco; por ejemplo, cigarrillos, pipa, cigarros o han aspirado o masticado tabaco en los últimos **12 meses**? USTED Sí No SU CÓNYUGE Sí No
SU HIJO Sí No. Si la respuesta es afirmativa,
Nombre(s) _____
7. A. **Pregunta únicamente para Solicitantes y Dependientes de sexo femenino:** ¿Alguna de las Solicitantes o dependientes se encuentra embarazada? Sí No
B. **Pregunta únicamente para Solicitantes y Dependientes de sexo masculino:** ¿Alguno de los Solicitantes o dependientes masculinos que solicita cobertura es futuro padre? Sí No
Si alguna de las respuestas es afirmativa, no se puede ofrecer la cobertura.
8. ¿Alguna persona que solicita la cobertura tiene o ha tenido alguna vez un implante (por ej. de mentón, mamario o peneano), fijación interna (por ej. clavijas, placas o tornillos), prótesis, marcapasos, reemplazo de válvula, dispositivo de derivación o monitoreo? Sí No
9. ¿Alguna persona que solicita cobertura ha discutido o se le ha aconsejado recibir tratamiento, asesoramiento, terapia o someterse a cirugía que aún no se ha realizado? Sí No
10. ¿Alguna persona que solicita cobertura ha estado alguna vez hospitalizada o ha sido atendida en la sala de emergencias o ha tenido alguna incapacidad física, deformidad, anomalía congénita, enfermedad, cirugía, lesiones u hospitalización que no se hayan declarado en esta página? .. Sí No
11. ¿Todas las personas que solicitan cobertura son residentes permanentes de Texas, con la excepción de los Dependientes establecidos por orden judicial? Sí No

PARTE DOS – CONTINUACIÓN**SECCIÓN B - DETALLES DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Si respondió afirmativamente ALGUNA de las respuestas de la página anterior, proporcione más información utilizando la tabla a continuación. Asegúrese de utilizar el ejemplo "correcto" como guía. (Si necesita más espacio, adjunte una página separada que debe estar firmada y fechada.)

	Pregunta No.	Persona afectada	Condición, lesión, síntoma o diagnóstico			¿Se completó la recuperación?	Tipos de tratamiento, asesoramiento brindado 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	Presión arterial alta	6/95	ninguna	no, en proceso	40mg de Atenolol, una vez	Dr. Jones St. Mary's Peoria, IL (309) 555-1212

Información de cobertura anterior Para recibir el crédito por períodos de espera por condiciones preexistentes, debe proporcionar información sobre la cobertura de los últimos 18 meses, tanto suya, como de cualquiera de sus dependientes enumerados. Si usted tiene un certificado de cobertura anterior, adjunte una copia a esta solicitud. (Si tenía más de un plan en vigencia, adjunte páginas adicionales.)

Nombre del tenedor de la póliza	Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación con el Solicitante <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente	No. de grupo o póliza	Número de ID
Nombre del empleador Nombre y dirección de otra compañía de seguros, Tercera Parte Administradora u Organización de Mantenimiento de la Salud	Inicio de empleo ____/____/____ Entrada en vigencia ____/____/____ ¿Se continuará con la cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", fecha estimada de cancelación ____/____/____		Tipo de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> Patrocinado por el empleador <input type="checkbox"/> Adquisición individual		Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/Hijo

Sustitución de cobertura ¿Este seguro reemplazará cualquier seguro médico que se encuentre en vigencia actualmente? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, lea la declaración que se encuentra más abajo y complete lo siguiente:

Enumere toda la cobertura que se debe reemplazar

Asegurado	Nombre de la compañía	Número de póliza	Fecha de rescisión

Notificación al Solicitante sobre la Sustitución de seguro por accidente y enfermedad

Si se indica "Sí" en la pregunta anterior, usted tiene la intención de cancelar o rescindir el seguro por accidente y enfermedad existente y sustituirlo por un contrato emitido por Blue Cross and Blue Shield of Texas. Para su información y protección, debe tener en cuenta ciertos factores que pueden afectar la protección de seguro que se encuentra disponible para usted según el nuevo contrato.

1. Es posible que ciertas afecciones médicas que usted padece actualmente no se encuentren cubiertas inmediata o completamente según el nuevo contrato. Esto puede tener como consecuencia la negación o demora del reclamo de beneficios según el nuevo contrato, mientras que un reclamo similar quizás hubiera sido cubierto por su contrato actual.
2. Usted puede buscar el asesoramiento de su aseguradora actual o su agente acerca de la sustitución sugerida de su contrato actual. Por derecho y en beneficio propios, usted debe asegurarse de que entiende todos los factores relevantes implicados en la sustitución de su cobertura presente.
3. Si, después de considerarlo debidamente, usted aún desea rescindir su contrato actual y sustituirlo por la nueva cobertura, asegúrese de responder con veracidad y por completo todas las preguntas de esta solicitud concernientes a la historia clínica/médica de todas las personas que solicitan la cobertura. Si no se incluye toda la información médica en la solicitud, esto puede ser el fundamento de la compañía para rechazar cualquier reclamo futuro y rembolsar su prima como si su contrato nunca hubiera entrado en vigencia. Después de que haya completado la solicitud y antes de firmarla, léala nuevamente y con cuidado para asegurarse de que toda la información sea correcta.
4. Se le recomienda que no rescinda el contrato actual hasta tener la certeza de que Blue Cross and Blue Shield of Texas han aceptado la solicitud de su nuevo contrato.

Reconocimiento de las obligaciones: El Solicitante, según su leal saber y entender, declara y acepta lo siguiente: **1.** Esta solicitud no proporciona cobertura de ningún tipo a menos que Blue Cross and Blue Shield of Texas (de ahora en más la Compañía) la acepten. La solicitud, si no se ha aprobado o rechazado anteriormente, se considerará dada de baja a los 60 días después de la fecha establecida en ella. **2.** La cobertura de los gastos médicos no estará disponible hasta la fecha de entrada en vigencia del contrato de plan de salud y del pago por completo de la prima del primer mes. **3.** Los beneficios por gastos médicos solicitados y si han sido proporcionados, no cubrirán ninguna enfermedad, accidente o incapacidad física que haya existido o ocurrido con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Solicitante, hasta que éste haya tenido cobertura según el contrato por un período de 12 meses si escoge PPO Select Saver o PPO Select Choice o de 18 meses si escoge la opción PPO Select Blue Advantage. **4.** Ningún agente puede aceptar riesgos ni modificar las políticas ni los requisitos de la Compañía. **5.** La Compañía no se encuentra obligada por ninguna cláusula no establecida en esta solicitud. **6.** Si se incluye un cónyuge para cobertura de gastos médicos, la prima se calculará en base a la edad de cada adulto. **7.** El fraude o la falsificación intencional de algún hecho pertinente pueden derivar en la rescisión de la cobertura o la negación de un reclamo según los términos de esta póliza.

El Solicitante abajo firmante reconoce además que cualquier agente opera en su nombre con el propósito de adquirir el seguro y que si la Compañía acepta esta solicitud y emite una Póliza Individual, es posible que la Compañía pague una comisión u otro tipo de compensación al agente en relación con la emisión de dicha Póliza Individual. El abajo firmante reconoce además que si desea obtener más información relacionada con cualquier comisión u otro tipo de compensación pagada al agente por parte de la Compañía en relación con la Póliza Individual, debe comunicarse con el agente.

Acuerdo: Comprendo que todas las declaraciones y respuestas en este formulario son verdaderas. Según mi leal saber y entender, son correctas y completas. Estas declaraciones son el fundamento de mi solicitud. Comprendo que la cobertura entrará en vigencia después de la aprobación por parte de la aseguradora y el pago por completo de los primeros meses de la prima por parte del Solicitante y de la recepción y aceptación por parte de la Compañía de cualquier endoso modificatorio y cláusula adicional de exclusión de cobertura, si es aplicable. El Solicitante abajo firmante y el agente admiten que el Solicitante ha leído la solicitud en su totalidad y reconocen que cualquier falsificación de declaración en ella puede tener como consecuencia la pérdida de la cobertura de esta póliza.

Autorización médica: Autorizo a cualquier profesional médico, hospital, clínica u otro establecimiento médico o relacionado con la salud, agencia gubernamental o persona o firma, a revelar a la Compañía o a su representante autorizado información, incluyendo copias de registros, o información concerniente a asesoramiento, atención o tratamiento que se me haya proporcionado o se le haya proporcionado a mis dependientes, incluyendo entre otros aspectos, información relacionada con el consumo de alcohol o drogas. También autorizo la divulgación de información relacionada con enfermedades mentales. Además, autorizo a la Compañía a revisar e investigar sus propios registros para obtener información.

Comprendo que mi autorización es voluntaria y que la Compañía utilizará dicha información para evaluar mi solicitud para el seguro médico. Asimismo, comprendo que mi autorización es necesaria para que la Compañía considere mi solicitud y determine si realizará una oferta de cobertura o no. No se ejecutará ninguna acción sobre mi solicitud sin mi autorización por escrito. Comprendo que es posible que la Compañía divulgue nuevamente la información obtenida con mi autorización según lo permitido o exigido por la ley y sin protección de las leyes federales de privacidad.

Comprendo que yo o cualquier representante autorizado recibirá una copia de esta autorización si así se lo solicita. Esta autorización es válida a partir de la fecha en que se ha firmado, siempre que la Compañía apruebe la cobertura, hasta que la póliza entre en vigencia a menos que la revoque por escrito, lo que puedo realizar en cualquier momento. La anulación no afectará las actividades de la Compañía anteriores a la fecha en que la Compañía reciba dicha anulación.

Firmas: Confirmando que he recibido el Resumen de la cobertura requerido y certifico que: **1.** Estoy pagando las primas en concepto de gastos personales. **2.** Mi empleador no realiza ninguna contribución al pago de la prima, ya sea directamente o a través de reembolso. **3.** Ya que mi empleador no patrocina ningún plan de salud, ni mi empleador ni yo deducimos ninguna parte de las primas del ingreso bruto según la sección 106 o la sección 162 del Código de Rentas Internas.

La Declaración de divulgación de la Ley de Protección de pacientes (Patient Protection Act) se proporcionará si así se lo solicita. (También se encuentra disponible en www.bcbstx.com)

Importante: Todos los Solicitantes deben firmar y fechar la solicitud según lo establecido. (Esto incluye su cónyuge y todos los dependientes de 18 años de edad o más que soliciten cobertura.) La ausencia de firmas o fechas demorará el proceso.

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

Firma del cónyuge (SÓLO si será asegurado): _____ 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 de edad o más y será asegurado): _____ Fecha de la firma: _____

Firma del Dependiente (SÓLO si tiene 18 años de edad o más y será asegurado): _____ Fecha de la firma: _____

Certificación del agente: Certifico que envié la solicitud a el (los) Solicitante(s) para que la complete(n) o le(s) realicé las preguntas personalmente y registré las respuestas obtenidas. Asimismo certifico que no poseo ningún otro tipo de información médica sobre el (los) Solicitante(s) que no se encuentre en la solicitud y certifico que se le ha enviado a el (los) Solicitante(s) el material por escrito explicando los beneficios, exclusiones y disposiciones del contrato. Certifico que he enviado el Resumen de cobertura requerido, y si así se solicita, la Declaración de divulgación de la Ley de Protección de pacientes.

La(s) póliza(s) se debe(n) enviar por correo a Agente Solicitante

Agente Agencia # % _____
Agente designado BCBSTX No # por ciento Identificación fiscal

Agente Agencia # % _____
Agente designado BCBSTX No # por ciento Identificación fiscal

Escriba su nombre en LETRA DE IMPRENTA _____

Escriba su nombre en LETRA DE IMPRENTA _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

PODER El abajo firmante, por la presente, designa a la Junta de Directores de Health Care Service Corporation, una compañía con reserva legal mutua o cualquier sucesor de dicha compañía ("HCSC"), con pleno poder de sustitución y las personas que la Junta de Directores designe según resolución como el apoderado del abajo firmante para que actúe en representación de éste en todas las asambleas de los miembros de HCSC (y todas las asambleas de los miembros de cualquier sucesor de HCSC) y cualquier enmienda de éstas, con pleno poder para votar en nombre del abajo firmante en relación con todos los asuntos que puedan surgir en dicha asamblea y cualquier rectificación de ésta. La asamblea anual de miembros se realizará todos los años en la dirección central de la corporación el último jueves de octubre a las 12:30 p.m. Se puede llamar a asamblea especial de miembros siempre que se notifique a los miembros con un mínimo de 30 y un máximo de 60 días anteriores a dichas asambleas. Este poder permanecerá en vigencia hasta que el abajo firmante lo anule por escrito al menos 20 días antes de cualquier asamblea de miembros o mediante la asistencia y el voto en persona a cualquier asamblea anual o especial de miembros.

Firma del Solicitante principal: **X** _____

Aclaración de la firma en letra de imprenta: _____ Fecha de la firma: ____ / ____ / ____