



**BlueCross BlueShield
of Texas**

Coberturas como prestación laboral Solicitud de cobertura | Solicitud de cambios

Lea detenidamente las instrucciones en el interior antes de completar esta solicitud de cobertura/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 Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, es la entidad que suscribe el seguro de Vida y Discapacidad. Dearborn Life Insurance Company es una
licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield. *BLUE CROSS*[®], *BLUE SHIELD*[®] and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield
Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

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

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.

Nuevo asegurado: Complete todas las secciones, si corresponde.

Agregar derechohabiente: Complete todas las secciones, si corresponde.

- Si solicita cobertura para un derechohabiente debido a una sentencia judicial para que reciba cobertura después del período automático de 31 días para la cobertura, debe presentar una copia del decreto o de la sentencia judicial.
- Si solicita cobertura para un derechohabiente discapacitado cuya edad supera el límite de edad de la cobertura disponible como prestación laboral, 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 disponible como prestación laboral incluye una cobertura para derechohabientes estudiantes y usted desea agregar o solicitar cobertura para un hijo derechohabiente que sea estudiante mayor de 26 años, es posible que deba presentar un formulario completo de certificación de estudiante (*Student Certification*).

Período de inscripciones: 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.

Período especial de inscripción: Si usted es elegible, este período le permite hacer cambios a su cobertura vigente en caso de matrimonio*, divorcio**, adopción, colocación en adopción o proceso de adopción, renuncia o despido, mudanza del área de servicio, etc. Este cambio puede realizarse fuera del período de inscripciones.

Fecha de entrada en vigor de los beneficios: El campo es obligatorio.

Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad: Marque esta casilla si la empresa tiene requisitos de elegibilidad que usted ha satisfecho o cumplido antes de presentar la solicitud, como un período de medición o de orientación.

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.

SECCIÓN 2: SU INFORMACIÓN

Complete esta sección con sus datos personales incluso si rechaza la cobertura.

SECCIÓN 3: SU COBERTURA

Complete todos los campos relacionados con las opciones de cobertura que desea solicitar. Incluya el número de identificación de siete caracteres de la cobertura que desea solicitar (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 seguro de Vida y Discapacidad, 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:

- Para las coberturas Blue Essentials AccessSM o Blue Premier AccessSM no es necesario seleccionar un médico de cabecera o prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés).

- Las personas que soliciten las coberturas Blue Advantage HMOSM, Blue EssentialsSM o Blue PremierSM deben seleccionar un médico de cabecera o prestador principal de servicios médicos (PCP) para cada asegurado. Incluya el nombre del médico o profesional médico y el número de prestador de servicios médicos del directorio de prestadores de servicios médicos o de Provider Finder[®], en espanol.bcbstx.com. Marque la casilla adecuada si es paciente nuevo.

- **ATENCIÓN, ASEGURADAS:** Si selecciona una cobertura HMO que exige la selección de un médico de cabecera o prestador principal de servicios médicos (PCP), recuerde que la red de su PCP puede repercutir en 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 el PCP. Esta es otra razón por la cual debe corroborar que la red del 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 del PCP.

Cambiar de médico de cabecera o prestador principal de servicios médicos: 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 asegurado o derechohabiente, y el nombre y número del nuevo PCP.

Cambiar dirección o nombre: En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete las secciones 2 y 9.

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 si este tipo de beneficio forma parte de la prestación laboral. Si corresponde, junto con esta solicitud de cobertura médica, deberá completar y presentar la Certificación de discapacidad del derechohabiente (*Disabled Dependent Authorization*) y el Certificado de derechohabiente discapacitado emitido por el médico (*Disabled Dependent Physician Certification*).

SECCIÓN 6: OTRA COBERTURA

Complete esta sección si usted o alguno de sus derechohabientes tienen otra cobertura médica o dental como prestación laboral o para particulares (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 Medicare (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 si está de acuerdo con las condiciones que se establecen en esta sección. Debe presentar la solicitud de cobertura 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**.

* El término "matrimonio" abarca el matrimonio legal y el establecimiento de una pareja en unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).

** El término "divorcio" incluye el divorcio legal y la disolución equivalente de una pareja en unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).

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

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: En caso de que se le ofrezca una cobertura médica Consumer Choice (a elección del interesado) como prestación laboral, usted tiene la opción de elegir una cobertura médica Consumer Choice of Benefits o una cobertura médica Consumer Choice of Benefits HMO que, ya sea en parte o en su totalidad, no incluya servicios médicos exigidos por 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 puede resultar en una póliza de seguro médico o un seguro de gastos médicos a precio módico, a pesar de que, al mismo tiempo, pudiera brindarle menos servicios que los que normalmente se incluirían como servicios médicos exigidos por el estado de Texas. Si elige esta cobertura estándar, consulte a su agente de seguros para saber cuáles son los servicios médicos exigidos por el estado excluidos en esta 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 inscripciones** **Otros cambios**
¿Está solicitando cobertura debido a un suceso que resulte en un período especial de inscripción?
 No **Sí. Fecha del suceso:** ___ / ___ / ___
Suceso: Nuevo empleado Matrimonio* Nacimiento
 Adopción o proceso de adopción (proporcione los documentos legales)
 Sentencia 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): _____	Incluir en la cobertura médica (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 BlueCare DentalSM <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incluir en la cobertura 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: _____	Incluir en la cobertura médica (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): _____	Incluir en la cobertura 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: _____

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 (sujeto a la cobertura como prestación laboral).

** El término "divorcio" incluye el divorcio legal y la disolución equivalente de una pareja en unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).

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

^ Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, es la entidad que suscribe el seguro de Vida y Discapacidad. Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA							COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN. PARA SOLICITAR LAS COBERTURAS 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 interesado		Nombre del 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 como prestación laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cobertura para particulares <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 de cobertura médica		N.º del grupo dental		N.º de cobertura 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: _____		Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____		Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____		Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía aseguradora: _____		N.º de Medicare (en su tarjeta de Medicare)					
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: _____		Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____		Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____		Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía aseguradora: _____		N.º de Medicare (en su tarjeta de Medicare)					
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 como prestación laboral; 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 como prestación laboral <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura dental para particulares <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 como prestación laboral <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica para particulares <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 como prestación laboral <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica para particulares <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 como prestación laboral <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica para particulares <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	
<ul style="list-style-type: none"> Soy empleado de la empresa que se menciona en esta solicitud. Reúno los requisitos para participar en la cobertura disponible como prestación laboral, la cual está asegurada o es administrada por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) o Dearborn 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. 	
<p>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.</p>	
Firma del solicitante _____ Fecha _____	