



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

Llene todas las secciones en color negro

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y CAMBIOS DE EMPLEADOS

Esta sección es para uso de Regence BlueShield solamente -RIQ Code: ReI ICN# ACRW Loaded: COB Loaded: Date Completed: M.A. Initials

SECCIÓN PARA EL EMPLEADO:

Nombre legal del empleado:

Seguro social: Teléfono N°:

Dirección de domicilio:

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección de correspondencia, si es diferente:

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección de correo electrónico del empleado:

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Fecha de matrimonio:

¿Le ha asignado Regence BlueShield un número de identificación alterno a usted previamente? Sí No Si es sí, indíquelo, si cuenta con uno:

Una razón se tiene que marcar para añadir, cambiar o cancelar:

- Añadir empleado con/sin dependiente(s) Anadir dependiente(s) solamente Añadir debido a: Nuevo grupo Cambios en la inscripción abierta Nuevo empleado Nacimiento Matrimonio Adopción Cobertura de COBRA expirada Pérdida de elegibilidad en otra cobertura Añadir DP (compañero de hogar) y dependiente(s) Añadir dependiente(s) solamente, del DP Cambio de nombre Cambio de dirección Cambio de proveedor de cuidados personales Añadir a COBRA Fecha de vigencia: Empleado y dependiente(s) Dependiente(s) solamente Añadir a la extensión de 6 meses Fecha de vigencia: Empleado y dependiente(s) Dependiente(s) solamente

CANCELACIONES:

- Enumere los nombres abajo Empleado y dependiente(s) Dependiente(s) solamente Fecha propuesta de terminación: Seleccione la razón para la cancelación TE = Terminación RH = Reducción en horas DC = Hijo(s) de dependiente DV = Divorciado DE = Muerte DX = Extensión de incapacidad MI = No es elegible para Medicare CE = Cancelación voluntaria de la cobertura de COBRA

Seleccione un Plan: PPO Selecciones Médico Tradicional HSA-PPO Calificado Columbia Dental Dentista Tradicional Otro:

Table with 9 columns: Médico/Dental, Relación, Nombre, Numero de Seguro Social, Fecha de Nacimiento, Genero, Proveedor de cuidados personales, N° de cláusula PCP, Paciente actual. Includes rows for Empleado, Esposa(o), Niño(a).

Para niños de más de 19 años, incluya el nombre(s) y la razón(es) para su dependencia: Si algún niño(s) dependiente que se agrega está/están cubiertos bajo otro plan... Si es divorciado, ¿estableció la corte responsabilidad financiera para el cuidado médico del niño(s)? Si No Si es SÍ, especifique el nombre y la dirección del padre que es responsable:

¿Usted o sus dependientes que están aplicando por cobertura tienen cobertura (ahora, o en los pasados 6 meses) con cualquier otro plan médico? Si No. ¿La cobertura va a seguir en efecto? Si No IMPORTANTE: Si usted o sus dependientes aplicando por cobertura tienen cobertura (ahora o en los pasados 6 meses) con cualquier otro plan, usted TIENE que completar la parte de atrás de este formulario.

DIVULGACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO: Yo entiendo que es un crimen proveer con conocimiento, información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el propósito de engañar a la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas o negación de seguro. Por este medio acepto que toda la información especificada anteriormente es precisa y completa.

Con mi firma abajo, autorizo la divulgación de la información, de mi persona y de mis dependientes enumerados anteriormente, al Regence BlueShield (la firma de la esposa(o) es requerida si elige COBRA.) FIRMA DEL EMPLEADO FECHA: FIRMA DE LA ESPOSA (O): FECHA:

EMPLOYER SECTION: The Employer section must be completed by the Group Administrator or Group's Primary Contact Person; if not fully completed, this form will be returned unprocessed. Group Name: Group Number: Group Phone Number: Group Email Address: Intended Effective Date: Employee Class: Work Location: Hours Worked Per Week: Date of Hire: Rehire Date: Date Changed from Part-time to Full-time:



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

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y CAMBIOS DE EMPLEADOS

Utilice color negro

SECCIÓN DEL EMPLEADO:

Si usted, el Empleado, o cualquiera de los miembros de su familia que solicitan cobertura a través de Regence BlueShield actualmente tienen otra cobertura médica, o han tenido alguna otra cobertura médica en los últimos seis (6) meses antes de empezar esta cobertura con Regence BlueShield, usted debe de completar esta sección o si la cobertura anterior terminó, adjunte un certificado de cobertura de la compañía de seguros anterior. Otra cobertura de plan médico incluye cualquier otro plan con Regence BlueShield, con cualquier otra compañía, cualquier cubierta con Blue Shield o Blue Cross, cualquier plan de retiro, Medicare o Tricare. La información se va a utilizar para establecer elegibilidad para créditos en períodos de espera de beneficios para condiciones preexistentes y para coordinar con sus otros corredores de seguros para asegurar que nosotros pagamos sus reclamos rápida y exactamente. Si tiene que brindar información adicional acerca de su cobertura (cobertura anterior u otra cobertura actual), solicite el formulario de Solicitud de información de cobertura anterior o el formulario Consulta de varias coberturas en nuestro sitio web www.wa.regence.com/member/form o llame al departamento de Servicio al Cliente al 1 (800) 458-3523.

SEGURO ANTERIOR EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES Y OTRA COBERTURA DE SEGURO ACTUAL:

Nombre de la Compañía de seguro anterior u otra: _____ N° de teléfono de compañía de seguro anterior u otra: _____

Dirección completa de la compañía de seguro anterior u otra: _____

Nombre del tenedor de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del tenedor de la póliza: _____ DDMMAAAA

ID o N° seguro social del tenedor de la póliza: _____ N° de grupo/N° ID póliza: _____ Fecha efectiva de la otra o la anterior cobertura _____

¿Permanecerá efectiva la cobertura? Sí No Fecha en que la cobertura finaliza: _____ Personas cubiertas por otro plan médico o anteriormente, indique nombres y fechas de nacimiento:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ DDMMAAAA Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ DDMMAAAA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ DDMMAAAA Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ DDMMAAAA

Tipo de cobertura (encierre en círculo): Médico Farmacia Dental Vista Medicare Tipo de póliza (encierre en círculo): Grupo Individual Medicaid Medicare parte A Medicare parte B Medicare parte D

¿Inclúa su cobertura los siguientes beneficios? (encierre en círculo): Quiropráctico Maternidad Medicamentos prescritos Psiquiatría Rehabilitación Transplantes

Si el empleado o los dependientes tienen Medicare, cuándo comenzó la Parte A: _____ Parte B: _____ Parte D: _____ N° HIC Medicare con sufijo alfabético: _____

Persona cubierta por Medicare, apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____ Razón: Incapacidad Más de 65 Enfermedad renal en etapa final

SUS DERECHOS DE PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL Para personas que son elegibles para inscribirse en un plan médico colectivo: Si usted rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otro plan médico o cobertura de plan médico colectivo, usted y sus dependientes se pueden inscribir en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad de la otra cobertura (o si, en el caso de de una cobertura de plan médico colectivo, el patrono deja de contribuir para otra cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, usted tiene que pedir la inscripción 30 días después de que la otra cobertura suya o de sus dependientes termine (o después de que su patrono deje de contribuir para la otra cobertura). Además, si usted incluye un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para la adopción, usted y sus dependientes se pueden inscribir. Sin embargo, usted tiene que inscribirse en los 31 días posteriores a su matrimonio, o dentro de los 60 días posteriores al nacimiento, adopción, asignación para adopción o fecha en que se asuma la obligación legal total o parcial de manutención del niño antes de la adopción. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el administrador de su grupo o al departamento de beneficios.

CONTRATO DE SOLICITUD

Por este medio solicito cobertura bajo el contrato de Regence Blue Shield, que es un concesionario independiente de Blue Cross Blue Shield Association, y mi patrono o grupo y acepto los términos del contrato. He proporcionado estas respuestas como parte del procedimiento de solicitud solicitado por Regence BlueShield para proporcionar cobertura y certifico que toda la información en este formulario es verdadera, correcta y completa. Comprendo que Regence BlueShield dependerá de cada respuesta para brindar coberturas y considerar las determinaciones. Para la protección de todos los miembros de Regence BlueShield, proveer con conocimiento información falsa, incompleta o confusa podría dar como resultado que Regence BlueShield tome cualquier acción permitida por la ley o por el contrato, incluyendo la terminación o cancelación de la cobertura, negación de beneficios, y persecución por cargos criminales y penalizaciones. Certifico que mis dependientes, enumerados en el presente, y mi persona, cumplimos con los criterios de elegibilidad descritos en el resumen de beneficios o en el contrato. Estoy de acuerdo en pagar por adelantado las tarifas apropiadas por mi persona y por mis dependientes enumerados en el presente y autorizo incrementos de tasa, según Regence BlueShield considere necesario.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Reconozco y comprendo que mi plan médico puede solicitar o divulgar información de salud acerca de mí o de mis dependientes (personas que son elegibles para la cobertura de beneficios y que aparecen enumeradas en el formulario de registro) con el propósito de brindar el tratamiento de médico, pago o con el propósito de operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de cuidados médicos; o conforme lo requiera la ley.* La información médica solicitada o divulgada puede estar relacionada con el tratamiento o servicios prestados por: un médico, dentista, farmacéutico u otro profesional de cuidados médicos físicos o de comportamiento; una clínica, hospital, centro de cuidados de largo plazo u otra institución médica; cualquier otra institución que brinde cuidados, tratamiento, consultas, fármacos o suministros; o un corredor de seguros o un plan médico colectivo. La información médica solicitada o divulgada puede incluir, pero no estar limitada a: registros de reclamos, correspondencia, historiales médicos, estados de cuenta, informes de diagnósticos por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales o registros hospitalarios (entre los que se incluyen registros de enfermería y anotaciones de progreso). Esta aceptación no aplica para obtener información con respecto a las anotaciones de psicoterapia. Se utilizará una autorización diferente para anotaciones de psicoterapia. *Para obtener más información acerca de tales usos y divulgación, inclusive los usos y divulgaciones requeridas por la ley, consulte el Aviso de prácticas privadas. Una copia está disponible en nuestro sitio web www.wa.regence.com o por teléfono al 1 (800) 458-3523 ó (206) 464-3663.