

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y CAMBIOS con preguntas sobre salud

Instrucciones:

- Todos los empleados completen las secciones **B, C, D, E, G (si aplica), I y J.**
 - Para cambios, complete las secciones **A, B** y todas las secciones correspondientes.
 - Si su grupo ha seleccionado seguro de vida con USABLE, también complete la sección **H.**
- Para cobertura de seguro de vida con USABLE:** Si es un inscrito tardío o está solicitando cobertura por encima de la cantidad garantizada emitida, complete las secciones **A, B, G, H, I y J** en su totalidad.

ESTA SECCIÓN ES SÓLO PARA EL ADMINISTRADOR DEL GRUPO
Group Number
Life Class Designation (if applicable)

Por favor escriba con letra de imprenta con tinta azul o negra; NO UTILICE TINTA ROJA

A. SI ESTÁ HACIENDO ALGÚN CAMBIO A UNA INSCRIPCIÓN

Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio <input type="checkbox"/> Otra información de seguro <input type="checkbox"/> Cambio de teléfono <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación nueva <input type="checkbox"/> Corrección en la fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/> Inscrito tardío <input type="checkbox"/> Sobre la cantidad emitida garantizada <input type="checkbox"/> Otro _____	Agregar dependiente(s): <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Recién nacido <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Otro _____	Fecha del acontecimiento: <table border="1"> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> </table>	mm	dd	año	mm	dd	año	mm	dd	año	mm	dd	año	Reestablecer cobertura: Explique: _____ _____ _____												
	mm	dd	año																								
mm	dd	año																									
mm	dd	año																									
mm	dd	año																									
Retirar dependiente(s): <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Edad del dependiente <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Otro _____	Fecha del acontecimiento: <table border="1"> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> </table>	mm	dd	año	mm	dd	año	mm	dd	año	mm	dd	año	mm	dd	año	Cancelar cobertura: <input type="checkbox"/> No cumple con los requisitos <input type="checkbox"/> Abandono de empleo <input type="checkbox"/> A petición del suscriptor <input type="checkbox"/> Otro Explique: _____ _____ _____	Fecha <table border="1"> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> </table>	mm	dd	año	mm	dd	año	mm	dd	año
mm	dd	año																									
mm	dd	año																									
mm	dd	año																									
mm	dd	año																									
mm	dd	año																									
mm	dd	año																									
mm	dd	año																									
mm	dd	año																									

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

<input type="checkbox"/> EMPLEADO ACTUAL	<input type="checkbox"/> COBRA/CONTINUACIÓN ESTATAL DE COBERTURA		
COBRA/Evento calificador para continuación estatal de cobertura <input type="checkbox"/> Terminación de empleo <input type="checkbox"/> Reducción en horas de trabajo <input type="checkbox"/> Muerte del suscriptor <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Dependiente no cumple los requisitos por edad <input type="checkbox"/> Cumple con los requisitos para Medicare			
¿Cuál fue la fecha del evento calificador?	Fecha que empezó la continuación	Fecha que termina la continuación	
mm dd año	mm dd año	mm dd año	
Primer nombre del empleado	Letra inicial del segundo nombre	Apellidos	Sufijo
Dirección <i>(Si selecciona Blue Options HSA o HRA, debe proporcionar su dirección física en lugar de un apartado postal.)</i>			
No. Apto	Ciudad	Estado	Código postal
Número de seguro social del empleado	Fecha de nacimiento del empleado	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estatura Peso
mm dd año	mm dd año		
Etnia: (Esta información es opcional y no se utilizará de manera discriminatoria. El responder o no a estas preguntas no afectará su elegibilidad de cobertura) <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático/Asiático-Americano <input type="checkbox"/> Escoge no informar <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska			
Nombre de la empresa	Ocupación	Estado civil	
Lugar de empleo	Fecha en que empezó a trabajar tiempo completo	Preferencia de idioma	
mm dd año	mm dd año	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____	
Número telefónico del trabajo () ()	Número telefónico de la casa () ()	Su dirección de correo electrónico (opcional)	

Solicitud continúa al dorso →

Página 1

Un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ©,SM Marcas de la Blue Cross and Blue Shield Association. SM1 Marca de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina.

Su plan para una mejor salud.^{SM1} | bcbsnc.com



BlueCross BlueShield of North Carolina

C. SELECCIÓN DE BENEFICIOS Y COBERTURA - Complete para el seguro de salud y dental de BCBSNC, si lo ofrece su empleador.

PLAN MÉDICO: Blue Care® (HMO) Blue Options 1-2-3 Classic Blue® (CMM) Plan Alto
 No cobertura médica Blue Options PPO Blue Options HSASM Blue Options HRASM Plan Bajo

COBERTURA MÉDICA (si aplica): Sólo empleado Empleado e hijo(s) Empleado y cónyuge Empleado y familia

PLAN DENTAL: No cobertura dental Dental

COBERTURA DENTAL (si aplica): Sólo empleado Empleado e hijo(s) Empleado y cónyuge Empleado y familia

D. INFORMACIÓN DE FAMILIA - Complete esta sección para las personas que reciben cobertura médica o cobertura dental*

NOMBRE (Nombres completos, apellido y sufijo)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento mm/dd/año	Sexo	Estatura	Peso	Salud	Dental	Estado del hijo(a) (por favor seleccione una opción)
Cónyuge	Requerido		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Hijo(a) 1			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Custodial <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Discapacitado** <input type="checkbox"/> Menor de 26 años de edad***
Hijo(a) 2			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Custodial <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Discapacitado** <input type="checkbox"/> Menor de 26 años de edad***
Hijo(a) 3****			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Custodial <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Discapacitado** <input type="checkbox"/> Menor de 26 años de edad***

* Completar la solicitud no garantiza inscripción al seguro.
 ** Si su hijo(a) es mayor de 26 años, se requiere un formulario (P24) para solicitar cobertura y se revisará para determinar si cumple con los requisitos.
 *** Consulte con su empleador en relación a los requisitos de elegibilidad para dependientes. Puede que tenga que presentar documentación complementaria.
 **** Si tiene más de tres hijos, complete la **sección D** en otra solicitud.

E. INFORMACIÓN SOBRE OTRO SEGURO DE SALUD O DENTAL

Por favor indique cualquier cobertura médica o dental que el empleado o sus dependientes tienen, o han tenido, en los últimos 12 meses (incluyendo cobertura con BCBSNC):

Nombre de la compañía de seguros		Número de póliza	
Nombre del dueño de la póliza		Fecha de nacimiento del dueño de la póliza	
Fecha de entrada en vigencia		Fecha de término o fecha anticipada de término	
Tipo de cobertura:		Si otra cobertura quedará vigente, deje esta sección en blanco.	
Personas cubiertas:		(Debe presentar evidencia de la cobertura dental con la solicitud).	
Cobertura adicional que se mantendrá vigente cuando está póliza entre en vigencia:			
Nombre de la compañía de seguros		Número de póliza	
Nombre del dueño de la póliza		Fecha de nacimiento del dueño de la póliza	
Fecha de entrada en vigencia		Fecha de término o fecha anticipada de término	
Tipo de cobertura:		Si otra cobertura quedará vigente, deje esta sección en blanco.	
Personas cubiertas:		(Debe presentar evidencia de la cobertura dental con la solicitud).	
Cobertura adicional que se mantendrá vigente cuando está póliza entre en vigencia:			
Nombre de la compañía de seguros		Número de póliza	
Nombre del dueño de la póliza		Fecha de nacimiento del dueño de la póliza	
Fecha de entrada en vigencia		Fecha de término o fecha anticipada de término	
Tipo de cobertura:		Si otra cobertura quedará vigente, deje esta sección en blanco.	
Personas cubiertas:		(Debe presentar evidencia de la cobertura dental con la solicitud).	

Personas cubiertas: Empleado Cónyuge Cónyuge en unión libre Hijo(a) 1 Hijo(a) 2 Hijo(a) 3 Dependientes adicionales

Si alguna persona cubierta bajo este seguro médico tiene cobertura de Medicare, por favor complete la siguiente información:

Personas cubiertas: Empleado Cónyuge en unión libre Hijo(a) 2 Dependientes adicionales
 Cónyuge Hijo(a) 1 Hijo(a) 3

Número de reclamación de Medicare	Cumplimiento de Medicare debido a:	Parte A Fecha vigente:	Parte B Fecha vigente:
	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Edad	<input type="text"/> mm <input type="text"/> dd <input type="text"/> año	<input type="text"/> mm <input type="text"/> dd <input type="text"/> año

F. AVISOS LEGALES

Aviso sobre las limitaciones de sus condiciones preexistentes

Este plan impone una exclusión por condiciones previas para todos los empleados y sus dependientes sin importar si son inscritos oportunos o tardíos. Esto significa que si tiene una condición médica antes de inscribirse en nuestro plan de seguro médico, es posible que tenga que esperar un período definido antes que el plan cubra dicha condición. Esta exclusión sólo corresponde a condiciones en las que se haya recomendado o haya recibido consejo médico, diagnóstico, atención o tratamiento en los últimos seis meses. Generalmente, este período de seis meses termina el día antes que su cobertura entre en vigencia. Sin embargo, si usted ya estaba sujeto a un período de espera, el período de seis meses termina el día antes que empiece el período de espera. La exclusión por condiciones previas no corresponde en casos de embarazo, ni para niños que se agregan al plan como resultado de una orden judicial; tampoco para un niño recién nacido que esté inscrito en el plan durante los primeros 30 días desde el nacimiento, o 30 días desde la adopción de un niño, o la colocación de un niño en un hogar para adopción o bajo custodia temporal legal. Los niños que cumplen con los requisitos de elegibilidad (niños recién nacidos, niños adoptivos o niños bajo custodia temporal legal) no están sujetos a este período de exclusión cuando se inscriben pasados los 30 días después de uno de los eventos descritos previamente, si es que no hay un cambio en el tipo de cobertura ni en las primas que se deben cuando agrega el niño a la póliza. Si le corresponde una exclusión, ésta puede durar hasta 12 meses desde el primer día en que su seguro entra en vigencia, o, si usted estaba en un período de espera, desde el primer día de su período de espera. Sin embargo, usted puede reducir el plazo de este período de exclusión con el número de días de su «cobertura previa abonable».

Se acepta casi todo tipo de seguro médico previo como cobertura abonable y puede utilizarse para reducir el tiempo de su exclusión por condiciones previas, si es que no ha tenido una interrupción en su cobertura médica de por lo menos 63 días. Para reducir el período de exclusión de 12 meses con su cobertura abonable, debe proporcionarle a Blue Cross and Blue Shield of North Carolina una copia de todos los certificados de cobertura médica que tiene. Si no tiene un certificado, pero sí ha tenido cobertura médica en el pasado, BCBSNC le ayudará a conseguir uno de su seguro médico previo o de la entidad que le emitió dicha cobertura. Hay otras maneras para mostrar prueba de su cobertura abonable. Por favor, llame a BCBSNC si necesita ayuda para conseguir pruebas de su cobertura abonable. Si a lo largo de este documento se hace referencia a «usted», esto significa el empleado y sus dependientes.

Si tiene alguna inquietud o desea obtener más información, comuníquese con un representante de Servicio al cliente de BCBSNC:

BCBSNC Customer Service • Blue Cross and Blue Shield of North Carolina • PO Box 2291 • Durham, NC 27702 • 1-877-258-3334 (llamada gratuita)

Si no quiere inscribirse, o inscribir a sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) porque ya tiene otra cobertura de seguro médico (incluidos Medicaid y Children's Health Insurance Program, CHIP) u otro plan de seguro médico grupal, y luego pierde su elegibilidad para dicho seguro médico (o si su empleador deja de contribuir con los pagos de las primas para su otra cobertura o la de su dependiente), puede que sea posible que usted y sus dependientes se inscriban en este plan si han perdido la cobertura con el otro plan. Sin embargo, tiene que pedir la inscripción dentro de 30 días después de que su cobertura médica o la de sus dependientes termine (aparte de Medicaid o CHIP) o si su empleador deja de pagar parte de las primas de la otra cobertura y dentro de 60 días después de perder la elegibilidad para Medicaid o CHIP.

Además, si usted tiene un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, nacimiento de un hijo, adopción o colocación de un niño en su casa anticipando una adopción, puede tener la oportunidad de inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, tiene que pedir la inscripción dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento de un hijo, adopción, colocación en su casa anticipando una adopción o cuidado de un niño bajo custodia temporal legal, excepto si al agregar el niño a la póliza no representa un cambio en el valor de las primas del seguro.

Si tiene alguna inquietud o desea obtener más información, comuníquese con un representante de Servicio al cliente de BCBSNC:

BCBSNC Customer Service • Blue Cross and Blue Shield of North Carolina • PO Box 2291 • Durham, NC 27702 • 1-877-258-3334 (llamada gratuita)

Aviso importante sobre la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer

Si se ha hecho o piensa hacerse una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios bajo la ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998, WHCRA). Para personas que reciben beneficios relacionados a una mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera determinada en consulta con el médico y el paciente para lo siguiente:

- Todas las etapas de la reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del seno sano para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis, y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo edemas linfáticos.

Estos beneficios están sujetos a los mismos deducibles y coseguro que se aplican a otros beneficios médicos o quirúrgicos proporcionados bajo este plan de seguro médico.

Si tiene alguna inquietud o desea obtener más información, comuníquese con un representante de Servicio al cliente de BCBSNC:

BCBSNC Customer Service • Blue Cross and Blue Shield of North Carolina • PO Box 2291 • Durham, NC 27702 • 1-877-258-3334 (llamada gratuita)

G. PREGUNTAS SOBRE SU SALUD

Todas las preguntas en esta sección (Sección G) TIENEN que responderse por completo. Si deja alguna pregunta sin contestar, o preguntas con respuestas parciales, se le devolverá su solicitud para que usted llene la información que falta. Cuando escriba una fecha, por favor use el formato «Mes/Día/Año».

TOME NOTA: Si contesta «Sí» para alguna enfermedad, tendrá que dar una explicación en la «Sección G.2».

Alguna persona que está pidiendo cobertura de salud ha solicitado atención o consejo médico, ha sido diagnosticada con o ha sido tratada por cualquiera de las siguientes enfermedades o trastornos (esto incluye enfermedades o trastornos del pasado o presente):

ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO
1. ¿Ataque cardíaco, anginas, angioplastia, cirugía de derivación cardíaca, cirugía de anastomosis o enfermedad coronaria arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. ¿Hepatitis C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ritmo irregular del corazón que requiere tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. ¿Hepatitis D?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Hipertensión o presión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Distrofia Muscular, Esclerosis Múltiple, Parálisis Cerebral, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Alzheimer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Cuántas veces al año se comunicó o visitó a su doctor para obtener una receta médica debido a su hipertensión, ya sea para renovar su receta actual u obtener recetas adicionales para el tratamiento de la hipertensión? _____			9. ¿Fatiga crónica, fibromialgia crónica, Epstein Barr o enfermedad lyme crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Enfisema, bronquitis crónica o enfermedad de obstrucción pulmonar crónica (EOPC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. a. ¿Depresión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Usa oxígeno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. ¿Ansiedad/estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha sido hospitalizado o recibido tratamiento en el hospital para una de las enfermedades mencionadas previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. ¿Desequilibrio químico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Colesterol elevado tratado con algún medicamento en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. ¿Desorden obsesivo compulsivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido algún tratamiento para asma en el hospital como paciente hospitalizado o ambulatorio en los últimos 24 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. ¿Desorden bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. a. ¿Hepatitis A?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. ¿Pensamientos suicidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Daño cerebral, parálisis, apoplejía, Ataque Isquémico Transciente (TIA) o hidrocefalia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			12. ¿Cálculos de los riñones o cólico renal en los últimos 36 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			13. ¿Enfermedad de la vesícula biliar incluyendo cálculos biliares y AUN tiene la vesícula biliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			14. ¿Cirrosis del hígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENFERMEDAD	SÍ	NO
15. a. ¿Colitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Enfermedad de Crohn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Síndrome de colon irritable (SCI)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Enfermedades inflamatorias del intestino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Poliposis familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Osteoartritis en las caderas o rodillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Tiene articulaciones protésicas o recomendaciones para recibir las?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Suscriptor - fecha de cirugía: mm dd año		
b. Esposo(a) - fecha de cirugía: mm dd año		
18. ¿Artritis, por ejemplo artritis inflamatoria, artritis reumatoide, artritis psoriásica o espondilitis anquilosante (EA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Suscriptor - fecha diagnosticado: mm dd año		
b. Esposo(a) - fecha diagnosticado: mm dd año		
c. ¿Cuál fue el último resultado del examen de hemoglobina A1C (HGBA1C)? Suscriptor: _____ Esposo(a): _____		
20. ¿Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. En los últimos cinco años, ¿ha tenido cirugía, ha sido diagnosticado, o ha recibido terapia de radiación o quimioterapia por:		
a. Cáncer/malignidad, incluyendo melanoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Otras formas de cáncer de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Desorden de la próstata, incluyendo próstata aumentada, hiperplasia prostática benigna o resultados elevados del examen de próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Enfermedad sanguínea como hemofilia o enfermedad de Von Willebrand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Enfermedad de células falciformes, Anemia aplásica o talasemia mayor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Psoriasis severa o moderada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Apnea del sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Epilepsia o ataques epilépticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Si contestó «sí», ¿tuvo un ataque en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Ha tenido algún menor de 12 años más de 3 infecciones del oído en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Ha tenido alguno de los siguientes procedimientos o tratamientos?:		
a. Fusión espinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Derivación gástrica o procedimientos restrictivos gástricos, tales como la banda gástrica ajustable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Reemplazo de válvula del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lesión del ligamento cruzado anterior (LCA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Colocación de una derivación cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Colostomía o ileostomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Cirugía relacionada con la enfermedad del reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Algún trasplante de un órgano interno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Diálisis peritoneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Alguna cirugía que resultó con complicaciones que aún requieren tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Ha sido aconsejado o tiene planeado tener cirugía en los próximos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. En los últimos 12 meses, ¿ha ido alguna persona a ver un alergista o ha recibido inmunoterapia subcutánea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Ha sido tratado por un desorden de la alimentación en los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Ha ido al quiropráctico o al terapeuta físico más de 5 veces en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Suscriptor - fecha de última visita médica: mm dd año		
b. Esposo(a) - fecha de última visita médica: mm dd año		

ENFERMEDAD	SÍ	NO
34. ¿Ha tenido algún tratamiento en el último año por enfermedad vertebral o de la columna incluyendo cirugía o terapia por inyección sin incluir las visitas al quiropráctico o terapia física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Ha tenido más de 2 biopsias de seno en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿En los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún tratamiento por períodos menstruales profusos o frecuentes, Y TAMBIÉN prolongados; fibroides uterinos; o endometriosis; pero NO ha tenido histerectomía abdominal (HTA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Han sido anormales alguna de las dos últimas pruebas Pap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Hace ejercicio al menos 20 minutos cada día, 3 veces a la semana o más frecuentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿En los últimos 12 meses, ha fumado cigarrillos, marihuana, cigarros, pipas o ha usado tabaco de masticar o rapé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Hablando de todas las personas que están solicitando seguro médico en este formulario, ¿ha tomado o usado alguno de estos tipos de medicinas prescritas en los últimos 12 meses?		
a. Medicamentos antidepresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Medicamentos antisicóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Medicamentos contra la ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Medicamentos para tratar trastorno de déficit de atención (ADD) o trastorno hiperactivo de déficit de atención (ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Antabuse u otro medicamento utilizado para el tratamiento del alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Medicamento para las migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tracleer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Medicamento anticoagulante o para que la sangre coagule menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Nitroglicerina, Digoxina o Lanoxin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Medicamento inmunosupresivo, como por ejemplo, Metotrexato, Imuran, Cytosin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Esteroides orales ya sean con o sin receta médica para uso diario durante todo el año; esteroides orales o inyecciones que son tomados debido a una condición persistente que requiere de su uso por lo menos 3 veces al año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Plaquenil o Hidroxicloroquina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Hormonas para el crecimiento, como por ejemplo, Humotrope, Genotropin, Nutropin, Norditropin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Medicamentos para problemas gastrointestinales, como por ejemplo Nexium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Medicamentos inyectables para tratar la artritis reumatoide, psoriasis, enfermedades inflamatorias del intestino, colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn, como por ejemplo, Arava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Remicade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Enbrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Medicamentos para tratar la infertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Enzimas pancreáticas usadas en el tratamiento de fibrosis quística, como por ejemplo, Creon, Pancrease, Ultrase, Lipram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Synagis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sólo queremos saber de los medicamentos especificados en la pregunta número 40. Por favor, no anote ninguna otra medicina.		
41. ¿Tiene algún impedimento físico o mental que le limite substancialmente el poder hacer al menos una actividad principal de su vida: cuidarse a si mismo, hacer habilidades manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender o trabajar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Describa cada impedimento físico o mental e identifique la persona que tiene ese impedimento físico o mental: _____		
Por favor describa cómo el impedimento limita a esa persona mencionada anteriormente para hacer alguna actividad física o mental en el funcionamiento de las actividades principales: _____		
Si es así, ¿es el impedimento físico o mental una situación temporal o puede corregirse? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Si es así, por favor explique cómo el impedimento físico o mental es temporal o cómo esa persona piensa corregirlo: _____		

G2. Para cada pregunta con una respuesta «Sí» en la sección anterior, por favor provea la condición o diagnóstico para cada persona.

	Persona #1 Nombre:	Persona #2 Nombre:	Persona #3 Nombre:
Condición o diagnóstico			

Si necesita más espacio, por favor adjunte una hoja separada con su firma y la fecha (mm/dd/año).

H. SELECCIÓN DE COBERTURA PARA PRODUCTOS ASEGURADOS POR USABLE LIFE, si lo ofrece el empleador.

USABLE Life es una compañía de seguros de vida independiente la cual no proporciona productos o servicios de BCBSNC. USABLE Life es responsable únicamente de la cobertura para seguro de vida y discapacidad que se indican abajo. Es posible que su programa de seguro médico no ofrezca todos los beneficios enumerados abajo. Estos beneficios serán asegurados por USABLE Life. Pregunte a su empleador por la información detallada.

Seguro de vida / seguro por muerte accidental y desmembramiento Sí No

Seguro de vida para un dependiente Sí No

Discapacidad por semana Sí No

Discapacidad a largo plazo Sí No

Seguro suplementario de vida / seguro suplementario por muerte accidental y desmembramiento Sí No

Cantidad: _____

Ningún beneficio elegido

Salario anual del empleado	Cargo del empleado
----------------------------	--------------------

Nombre del beneficiario principal (requerido)	Dirección del beneficiario principal (requerido)
---	--

Parentesco	Fecha de nacimiento	mm	dd	año	Número de seguro social	Porcentaje ¹
------------	---------------------	----	----	-----	-------------------------	-------------------------

Nombre del segundo beneficiario principal (requerido)	Dirección del beneficiario principal (requerido)
---	--

Parentesco	Fecha de nacimiento	mm	dd	año	Número de seguro social	Porcentaje ¹
------------	---------------------	----	----	-----	-------------------------	-------------------------

Nombre del beneficiario contingente (requerido)	Dirección del beneficiario contingente (requerido)
---	--

Parentesco	Fecha de nacimiento	mm	dd	año	Número de seguro social	Porcentaje ¹
------------	---------------------	----	----	-----	-------------------------	-------------------------

Nombre del segundo beneficiario contingente (requerido)	Dirección del beneficiario contingente (requerido)
---	--

Parentesco	Fecha de nacimiento	mm	dd	año	Número de seguro social	Porcentaje ¹
------------	---------------------	----	----	-----	-------------------------	-------------------------

¹ NOTA: los porcentajes del beneficiario principal y contingente deben sumar el 100%.

- Comprendo que si selecciono alguno de los productos listados en esta sección, la compañía que me cubrirá será USABLE Life a discreción del grupo del empleador (como se indica más arriba)
- Comprendo que si no estoy actualmente trabajando según lo define la(s) póliza(s) para los productos seleccionados en la fecha en que mi cobertura de otro modo entraría en vigencia, mi seguro no empezará hasta el día en que cumpla con la definición de actualmente trabajando según lo indica la póliza. En cuanto a las coberturas que no seleccioné, comprendo que si elijo inscribirme en una fecha posterior, el costo puede ser más alto y pueda que me pidan un cuestionario sobre mi salud.
- Por la presente designo los beneficiarios mencionados arriba y renuncio a la designación de cualquier beneficiario que existe.

X Firma: _____ Fecha: mm dd año

I. DECLARACIÓN DE COMPRESIÓN

Comprendo que los beneficios para los cuales yo (nosotros) cumpliré (cumpliremos) con los requisitos son esos beneficios descritos en el contrato de BCBSNC o USABLE Life y cualquier cambio incluido en ellos. Comprendo que BCBSNC o USABLE Life pueden, dentro de dos años desde la fecha de esta solicitud, anular o terminar esta cobertura o negar reclamaciones de cobertura en el caso de encontrar información falsa en esta solicitud. Si se han hecho declaraciones fraudulentas, BCBSNC puede tomar acciones legales en cualquier momento.

Comprendo que si estoy solicitando cobertura bajo el plan Blue Options HSA, se me asignará una cuenta de HSA directamente de un administrador independiente, que no está afiliado a Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (BCBSNC). BCBSNC no es responsable de la administración del fondo de HSA. El administrador del fondo HSA me dará la información detallada sobre mi cuenta. Además, yo comprendo que debido a las regulaciones bancarias, si decido dar un buzón postal (PO. Box) como mi dirección, yo recibiré una solicitud de información adicional de mi dirección postal. Si no respondo a las solicitudes de información adicional, mi cuenta se cerrará y tendré que hacer el reembolso de los fondos depositados en mi cuenta.

Comprendo que si mi empleador elige un administrador para mi HSA, mi empleador o sus representantes compartirán alguna de mi información personal con estos administradores para facilitar el establecimiento de mi cuenta HSA. Al firmar esta solicitud, yo autorizo a mi

Nombre del empleado:

empleador o a sus representantes a suministrar a estos administradores la información pertinente y correspondiente, lo cual puede incluir mi nombre, dirección, número de seguro social y el nombre de mi empleador.

Comprendo que si se expide una tarjeta débito asociada a mi cuenta HSA, yo estoy de acuerdo que aunque el nombre y las marcas registradas de BCBSNC pueden aparecer en la tarjeta débito para mi conveniencia, la compañía BCBSNC no se responsabiliza por la administración de mi tarjeta débito. Los términos y condiciones asociados con mi tarjeta débito son gobernados bajo el acuerdo que yo he establecido con el banco que expide mi tarjeta.

Comprendo que BCBSNC no asume ninguna responsabilidad en la determinación de elegibilidad para contribuir a una cuenta HSA y de tener alguna pregunta, yo debo consultar con un asesor de impuestos calificado. Al firmar esta solicitud, yo estoy autorizando al administrador del fondo a establecer una cuenta HSA en mi nombre, empezando en la misma fecha en que mi plan de salud con BCBSNC a través de mi empleador entra en vigencia. Para activar mi cuenta, tendré que dar autorización adicional por medio de documentos que el administrador del fondo me entregará.

Certifico que todas las declaraciones hechas en este documento están completas y son verdaderas según el testimonio y mi firma autoriza todas las secciones de esta solicitud.

X Firma del empleado: _____ Fecha:

mm	dd	año
----	----	-----

J. DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Comprendo que si me niego a firmar esta autorización, BCBSNC o USABLE Life pueden denegar mi inscripción o determinar que no cumplo con los requisitos para obtener los beneficios en BCBSNC o USABLE Life.

Comprendo que mi información de salud protegida es una información de salud individual que me identifica, incluyendo información demográfica que yo suministré, o que fue creada o recibida por un proveedor de salud, un plan de salud, o consorcio de atención de salud; y esto se relaciona con:

- (i) mi salud o condición física o mental pasada, presente y futura;
- (ii) la atención médica que he recibido o recibiré; o
- (iii) los pagos que he efectuado o efectuaré debido a la prestación de servicios médicos.

Autorizo a cualquier profesional médico, institución de atención médica u otro prestador de servicios médicos que me haya atendido o proporcionado algún servicio o suministro médico, ya sea actualmente o en el pasado, para que revele mi información de salud protegida a BCBSNC o USABLE Life.

Además autorizo a BCBSNC o USABLE Life a revisar cualquier solicitud para una cobertura de salud que yo haya enviado a esta compañía en el pasado.

Autorizo a BCBSNC a recibir, usar y revelar, cuando sea necesario, mi información de salud protegida que se relacione con cualquier seguro o propósitos de determinación de elegibilidad con respecto a la cobertura que he solicitado.

La información de salud protegida (excluyendo las notas de psicoterapia) que puede ser usada o revelada es la siguiente:

Registros médicos o cualquier información presente o pasada concerniente a mi estado de salud o algún tratamiento que haya recibido de mi proveedor de atención médica; o solicitudes previas que haya hecho para cobertura de salud.

Comprendo que BCBSNC o USABLE Life utilizarán mi información de salud protegida para los siguientes propósitos:

Para determinar mi elegibilidad de inscripción y el valor de la prima que debo pagar.

Comprendo que BCBSNC o USABLE Life harán su mejor esfuerzo para salvaguardar mi información de salud protegida. También comprendo que BCBSNC o USABLE Life no revelarán mi información de salud protegida a menos que yo lo solicite o cuando las leyes de privacidad estatales o federales lo permitan, o requieran que BCBSNC o USABLE Life la revele. Comprendo que BCBSNC o USABLE Life pueden revelar mi información de salud protegida a individuos u organizaciones que no sean proveedores de atención médica, consorcios de atención de salud o planes médicos cubiertos bajo las regulaciones federales de privacidad. Comprendo que si algún individuo u organización que no sea un proveedor de atención médica, un consorcio de atención de salud o un plan médico cubierto bajo las regulaciones federales de privacidad recibe mi información de salud protegida descrita anteriormente, ésta podrá ser revelada nuevamente y dejará de ser protegida bajo las regulaciones federales de privacidad.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a:

Rating Blue Cross and Blue Shield of North Carolina P.O. Box 30013 Durham, NC 27702	USABLE Life 320 West Capital Avenue Suite 700 Little Rock, Arkansas 72201
--	--

y esta revocación estará vigente para futuros usos y revelaciones de mi información de salud protegida. Sin embargo, yo tengo entendido que esta revocación no se efectuará si:

- (i) BCBSNC o USABLE Life han usado o revelado información que depende de esta autorización o
- (ii) Si se obtuvo la autorización como una condición para la cobertura de salud en BCBSNC o USABLE Life por ley, BCBSNC o USABLE Life tienen el derecho de denegar o cuestionar la cobertura de salud.

Esta autorización tiene una vigencia de 120 días desde la fecha en que la firma la persona mencionada abajo que está solicitando cobertura. Esta autorización se vence una vez cumplidos los 120 días y puede que BCBSNC o USABLE Life no necesiten hacer uso de la información.

Firma del solicitante principal o representante legal: **X** _____ Fecha:

mm	dd	año
----	----	-----

Nombre del representante legal y parentesco con el solicitante principal (en letra de imprenta): _____ Fecha:

mm	dd	año
----	----	-----