

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y CAMBIOS

Instrucciones:

- Todos los empleados completen las secciones **B, C, D, E, G y H.**
- Para hacer cambios, complete las secciones **A, B** y todas las secciones correspondientes.
- Si su empleador ha seleccionado seguro de vida con USABLE, también complete la sección **F.**

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, F y H** 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): Fecha del acontecimiento: <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrimonio</td> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Recién nacido</td> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adopción</td> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Matrimonio	mm	dd	año	<input type="checkbox"/> Recién nacido	mm	dd	año	<input type="checkbox"/> Adopción	mm	dd	año	<input type="checkbox"/> Otro	mm	dd	año	Reestablecer cobertura: Explique: _____ _____ _____																							
	<input type="checkbox"/> Matrimonio	mm	dd	año																																					
<input type="checkbox"/> Recién nacido	mm	dd	año																																						
<input type="checkbox"/> Adopción	mm	dd	año																																						
<input type="checkbox"/> Otro	mm	dd	año																																						
Retirar dependiente(s): Fecha del acontecimiento: <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrimonio</td> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Divorcio</td> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Edad del dependiente</td> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Muerte</td> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Matrimonio	mm	dd	año	<input type="checkbox"/> Divorcio	mm	dd	año	<input type="checkbox"/> Edad del dependiente	mm	dd	año	<input type="checkbox"/> Muerte	mm	dd	año	<input type="checkbox"/> Otro	mm	dd	año	Cancelar cobertura: <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> No cumple con los requisitos</td> <td>Fecha</td> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abandono de empleo</td> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A petición del suscriptor</td> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Explique: _____ _____	<input type="checkbox"/> No cumple con los requisitos	Fecha	mm	dd	año	<input type="checkbox"/> Abandono de empleo	mm	dd	año		<input type="checkbox"/> A petición del suscriptor	mm	dd	año		<input type="checkbox"/> Otro				
<input type="checkbox"/> Matrimonio	mm	dd	año																																						
<input type="checkbox"/> Divorcio	mm	dd	año																																						
<input type="checkbox"/> Edad del dependiente	mm	dd	año																																						
<input type="checkbox"/> Muerte	mm	dd	año																																						
<input type="checkbox"/> Otro	mm	dd	año																																						
<input type="checkbox"/> No cumple con los requisitos	Fecha	mm	dd	año																																					
<input type="checkbox"/> Abandono de empleo	mm	dd	año																																						
<input type="checkbox"/> A petición del suscriptor	mm	dd	año																																						
<input type="checkbox"/> Otro																																									

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?	<table border="1"> <tr> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> </table>	mm	dd	año
mm	dd	año		
Fecha que empezó la continuación	<table border="1"> <tr> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> </table>	mm	dd	año
mm	dd	año		
Fecha que termina la continuación	<table border="1"> <tr> <td>mm</td> <td>dd</td> <td>año</td> </tr> </table>	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	Estado civil	

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.™ | bcbsnc.com



BlueCross BlueShield of North Carolina

Nombre del empleado:

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)

Afroamericano Escoge no informar Otro (especifique) _____
 Blanco/Caucásico Hispano/Latino
 Asiático/Asiático-Americano Nativo Americano/Nativo de Alaska

Nombre de la empresa _____ Ocupación _____

Lugar de empleo _____ Fecha en que empezó a trabajar tiempo completo mm dd año

Preferencia de idioma Español Otro Inglés

Número telefónico del trabajo () _____ Número telefónico de la casa () _____ Su dirección de correo electrónico (opcional) _____

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 Blue Options HRASM Plan Alto
 No cobertura médica Classic Blue® (CMM) Blue Options HSASM Blue Options PPO 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	S A L U D	D E N T A L	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

Véase información importante relacionada con las limitaciones por condiciones previas e información especial adjunta sobre inscripción. 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 empleado:

Nombre del dueño de la póliza			Fecha de nacimiento del dueño de la póliza		
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Fecha de entrada en vigencia		Fecha de término o fecha anticipada de término		(Si otra cobertura quedará vigente, deje esta sección en blanco).	
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental (Debe presentar evidencia de la cobertura dental con la solicitud).					
Personas cubiertas: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge en unión libre <input type="checkbox"/> Hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 3 <input type="checkbox"/> Dependientes adicionales					
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		
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Fecha de entrada en vigencia		Fecha de término o fecha anticipada de término		(Si otra cobertura quedará vigente, deje esta sección en blanco).	
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental (Debe presentar evidencia de la cobertura dental con la solicitud).					
Personas cubiertas: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge en unión libre <input type="checkbox"/> Hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 3 <input type="checkbox"/> Dependientes adicionales					
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		
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Fecha de entrada en vigencia		Fecha de término o fecha anticipada de término		(Si otra cobertura quedará vigente, deje esta sección en blanco).	
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental (Debe presentar evidencia de la cobertura dental con la solicitud).					
Personas cubiertas: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge en unión libre <input type="checkbox"/> Hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 3 <input type="checkbox"/> Dependientes adicionales					
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		
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Fecha de entrada en vigencia		Fecha de término o fecha anticipada de término		(Si otra cobertura quedará vigente, deje esta sección en blanco).	
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental (Debe presentar evidencia de la cobertura dental con la solicitud).					
Personas cubiertas: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge en unión libre <input type="checkbox"/> Hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 3 <input type="checkbox"/> Dependientes adicionales					
Cobertura adicional que se mantendrá vigente cuando está póliza entre en vigencia:					

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

Personas cubiertas: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge en unión libre <input type="checkbox"/> Hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Dependientes adicionales <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 3					
Número de reclamación de Medicare			Cumplimiento de Medicare debido a:		
			<input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Edad		
Parte A Fecha vigente:		Parte B Fecha vigente:			
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			

F. 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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ningún beneficio elegido
Seguro de vida para un dependiente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Discapacidad por semana	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Discapacidad a largo plazo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Seguro suplementario de vida / seguro suplementario por muerte accidental y desmembramiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
			Cantidad: _____
Salario anual del empleado		Cargo del empleado	
Nombre del beneficiario principal (requerido)		Dirección del beneficiario principal (requerido)	

Nombre del empleado:

Parentesco	Fecha de nacimiento	<input type="text" value="mm"/>	<input type="text" value="dd"/>	<input type="text" value="año"/>	Número de seguro social	Porcentaje ¹
Nombre del segundo beneficiario principal (requerido)			Dirección del beneficiario principal (requerido)			
Parentesco	Fecha de nacimiento	<input type="text" value="mm"/>	<input type="text" value="dd"/>	<input type="text" value="año"/>	Número de seguro social	Porcentaje ¹
Nombre del beneficiario contingente (requerido)			Dirección del beneficiario contingente (requerido)			
Parentesco	Fecha de nacimiento	<input type="text" value="mm"/>	<input type="text" value="dd"/>	<input type="text" value="año"/>	Número de seguro social	Porcentaje ¹
Nombre del segundo beneficiario contingente (requerido)			Dirección del beneficiario contingente (requerido)			
Parentesco	Fecha de nacimiento	<input type="text" value="mm"/>	<input type="text" value="dd"/>	<input type="text" value="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:

CUESTIONARIO PARA SEGURO DE VIDA - Complete únicamente si es un inscrito tardío o solicita cobertura por encima de la cantidad emitida garantizada.

1. Estatura del empleado:	2. Peso del empleado:
3. ¿Ha utilizado algún producto derivado del tabaco este año?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido alguna condición para la cual esté pensando o se le haya recomendado recibir consejo o tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. ¿Ha estado hospitalizado por cualquier motivo durante los últimos (5) años?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. ¿Ha consultado un médico por cualquier motivo durante los últimos (12) meses?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado o ha recibido tratamiento de un profesional médico para:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
a. ¿Cáncer, enfermedades relacionadas al cáncer o tumores benignos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. ¿Enfermedades del corazón, vasos sanguíneos o infarto cerebral?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. ¿Enfermedades del riñón o diabetes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. ¿Drogadicción o alcoholismo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. ¿Trastornos del pulmón, asma, hígado o sangre?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f. ¿Problemas emocionales, del sistema nervioso, desorden alimenticio o salud mental?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. ¿Desórdenes estomacales, del sistema digestivo o úlceras?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h. ¿Artritis, problemas de la espalda, los huesos o las articulaciones?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i. ¿Problemas de la vejiga, sistema urinario u órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido diagnosticado o ha recibido tratamiento de un profesional médico para: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Ha sido diagnosticado o ha recibido tratamiento de un profesional médico por hipertensión (presión arterial alta)? Si la respuesta es sí, indique el nombre de la(s) persona(s), medicamentos, dosis y los resultados de las últimas dos pruebas de presión arterial.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. ¿Actualmente toma usted medicamentos? Si la respuesta es sí, indique el nombre de la persona, el medicamento y la dosis.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido algún impedimento físico, enfermedad o condición médica que no se haya mencionado en las preguntas 2 a la 8?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12a. ¿Se encuentra en estado de embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	12b. ¿Ha tenido un embarazo ectópico, problemas durante el embarazo, aborto involuntario, problemas durante el parto, aborto terapéutico o una cesárea?
13. ¿Está usted trabajando a la fecha de esta solicitud y ha trabajado durante los 31 días previos a tal fecha? De no ser así, explique.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

14. Nombres, direcciones y números telefónicos de los médicos particulares de todos los solicitantes:

G. DECLARACIÓN DE COMPRENSIÓN

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 o Blue Options HRA, se me asignará una cuenta de HSA/HRA 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/HRA. El administrador del fondo HSA/HRA 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/HRA, mi empleador o sus representantes compartirán alguna de mi información personal con estos administradores para facilitar el establecimiento de mi cuenta HSA/HRA. Al firmar esta solicitud, yo autorizo a mi 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/HRA, 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/HRA 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/HRA 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
----	----	-----

H. 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 cumpla 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: _____ Fecha

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