

SOLICITUD PARA EMPLEADOS/EMPLOYEE APPLICATION

GRUPO NUEVO/
NEW GROUP INSCRIPCIÓN ABIERTA/
OPEN ENROLLMENT

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA:
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE BCBSAZ (miembro actual)
BCBSAZ ID NUMBER (existing member)

NÚMERO DEL EMPLEADO (solo para uso por parte del empleador)
EMPLOYEE NUMBER (employer use only)

TIPO DE PLAN MÉDICO MEDICAL PLAN TYPE

PPO/PPO
 PPO HSA CALIFICADO*/
PPO HSA QUALIFIED*
 HMO/HMO
 HMO HSA CALIFICADO*/
HMO HSA QUALIFIED*

NOMBRE DEL PLAN/PLAN NAME
DEDUCIBLE/DEDUCTIBLE
COSEGURO/COINSURANCE

DENTAL/DENTAL

PPO/PPO
 PRIME PPO/PRIME PPO
 DHMO/DHMO

NOMBRE DEL PLAN/PLAN NAME

COBERTURA MÉDICA/MEDICAL COVERAGE

SOLO EMPLEADO/
EMPLOYEE ONLY
 EMPLEADO Y CÓNYUGE/
EMPLOYEE & SPOUSE
 EMPLEADO E HIJOS/
EMPLOYEE & CHILDREN
 FAMILIAR/FAMILY

COBERTURA DENTAL/DENTAL COVERAGE

SOLO EMPLEADO/
EMPLOYEE ONLY
 EMPLEADO Y CÓNYUGE/
EMPLOYEE & SPOUSE
 EMPLEADO E HIJOS/
EMPLOYEE & CHILDREN
 FAMILIAR/FAMILY

PERSONAS PARA LAS QUE RECHAZA LA COBERTURA/ ARE YOU DECLINING COVERAGE FOR:

	MÉDICA/ MEDICAL	DENTAL/ DENTAL
USTED/SELF?	<input type="radio"/> S/Y <input type="radio"/> N/N	<input type="radio"/> S/Y <input type="radio"/> N/N
CÓNYUGE/SPOUSE?	<input type="radio"/> S/Y <input type="radio"/> N/N	<input type="radio"/> S/Y <input type="radio"/> N/N
DEPENDIENTES/ DEPENDENT(S)?	<input type="radio"/> S/Y <input type="radio"/> N/N	<input type="radio"/> S/Y <input type="radio"/> N/N

Si la respuesta es Sí, incluya el código del motivo correspondiente en la Sección II a continuación. (Encontrará una lista de códigos de motivos al final de la página 3).
If yes, include the appropriate reason code(s) in Section II below. (A list of reason codes is found near the bottom of page 3.)

CUENTAS DE ATENCIÓN MÉDICA DIRIGIDAS AL CONSUMIDOR/CONSUMER-DIRECTED HEALTHCARE ACCOUNTS:

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)/
Health Savings Account (HSA)
**Se debe seleccionar el plan HSA calificado para inscribirse.
HSA Qualified plan must be selected to enroll

Acuerdo de reembolsos de gastos médicos (HRA)/
Health Reimbursement Arrangement (HRA)

Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (DCFSA) /
Dependent-Care Flexible Spending Account (DCFSA)

Cuenta de gastos flexibles de propósito limitado (LPFSA)
Limited-Purpose Flexible Spending Account (LPFSA)
*El empleador debe ofrecer las cuentas en esta sección para inscribirse.
Accounts in this section must be offered by employer to enroll.*

SECCIÓN I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR/SECTION I – INFORMATION REGARDING YOUR EMPLOYER

NOMBRE DEL EMPLEADOR/EMPLOYER NAME
UBICACIÓN/LOCATION
NÚMERO DEL GRUPO/GROUP NUMBER
CLASIFICACIÓN DEL TRABAJO/JOB CLASSIFICATION
 I II OTRO (VER EMPLEADOR)/
OTHER (SEE EMPLOYER)

SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO/SECTION II – INFORMATION REGARDING THE EMPLOYEE

ELIJA UNA/
MARK ONE:
 AGREGAR/
ADD
 CAMBIAR/
CHANGE
 RENUNCIAR/
WAIVER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL/
SOCIAL SECURITY NUMBER
Obligatorio. Consultar (O) en la página 3./
Required. See (O) on page 3.

APELLIDO/LAST NAME
NOMBRE/FIRST NAME
Inic. 2.º/M.I.

DIRECCIÓN FÍSICA (NÚMERO, CALLE Y NÚMERO DE APARTAMENTO)/
PHYSICAL ADDRESS (NUMBER, STREET, & APARTMENT NO.)
CIUDAD/CITY
ESTADO/STATE
CÓDIGO POSTAL + 4/
ZIP + FOUR

DIRECCIÓN POSTAL/MAILING ADDRESS
CIUDAD/CITY
ESTADO/STATE
CÓDIGO POSTAL + 4/
ZIP + FOUR

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)/
DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)
HOMBRE/MALE
MUJER/FEMALE
CASADO/A/
MARRIED
SOLTERO/A/
SINGLE
FECHA DE MATRIMONIO (MM/DD/AAAA)/
DATE OF MARRIAGE (MM/DD/YYYY)
NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO
(CÓDIGO DE ÁREA Y N.º)/
WORK TELEPHONE (AREA CODE AND NO.)
NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR
(CÓDIGO DE ÁREA Y N.º)/
HOME TELEPHONE (AREA CODE AND NO.)

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO/EMAIL ADDRESS
Consultar la página 3 (N) sobre las autorizaciones de correos electrónicos/
See page 3 (N) regarding email authorization

DATOS SOBRE OTRA COBERTURA/ OTHER COVERAGE INFORMATION:
¿Usted o sus dependientes estarán cubiertos por otro seguro médico, además de BCBSAZ?
Will you or your dependents be covered by other health insurance in addition to BCBSAZ? Sí/YES NO/NO
Si la respuesta es Sí, complete los datos a continuación/
If yes, please complete the other coverage information below.

NOMBRE DE LA OTRA COBERTURA DEL PLAN MÉDICO/
OTHER HEALTH PLAN COVERAGE NAME
N.º DE TELÉFONO DE LA ASEGURADORA
(CÓDIGO DE ÁREA Y N.º) /
CARRIER PHONE NO. (AREA CODE & NO.)
APELLIDO DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA/
POLICYHOLDER LAST NAME
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN/
SEGURO SOCIAL/
ID/SOCIAL SECURITY NUMBER

N.º DE GRUPO/PÓLIZA/
GROUP/POLICY NO.
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA (MM/DD/AAAA)/
EFFECTIVE DATE (MM/DD/YYYY)
N.º DE LA TARJETA DE MEDICARE/
MEDICARE CARD NO.
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA PARTE A
PART A EFFECTIVE DATE
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA PARTE B/
PART B EFFECTIVE DATE



RECONOCIMIENTOS, ACUERDOS Y AUTORIZACIONES CORRESPONDIENTES A LA COBERTURA DEL PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS BASADA EN EMPLEO QUE OFRECE O ADMINISTRA BLUE CROSS BLUE SHIELD OF ARIZONA (BCBSAZ), una licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association

En representación de mí mismo y de las personas enumeradas como dependientes elegibles en esta solicitud, reconozco, acuerdo y autorizo lo siguiente:

- A. He recibido información que resume los términos y condiciones de la cobertura de salud de la que dispongo a través de mi empleo ("Cobertura"). La Cobertura abarca (a) un seguro médico grupal que mi empleador ha adquirido de BCBSAZ o (b) un plan de beneficios grupal para el cual BCBSAZ presta determinados servicios administrativos, de gestión de utilización y de pago de reclamos, así como acceso a la red de proveedores, pero no asume el riesgo financiero ni la obligación de los reclamos.
- B. He revisado detenidamente todo el formulario de solicitud y las respuestas que he proporcionado. Mis respuestas son relevantes para BCBSAZ. BCBSAZ se basará en mi información con el fin de determinar la elegibilidad grupal para la cobertura o los servicios administrativos de BCBSAZ de mi empleador, así como para establecer tarifas de primas o aranceles administrativos para el grupo de mi empleador.
- C. Mi solicitud incluye cualquier otro formulario de inscripción que complete al solicitar esta cobertura. Esta solicitud completada forma parte del contrato grupal con BCBSAZ, a excepción de cualquier disposición relacionada con el seguro de vida y discapacidad o las cuentas financieras separadas (HSA, FSA, HRA).
- D. BCBSAZ no suscribe ni garantiza ningún seguro de vida o discapacidad aparte que pueda ofrecer el plan médico grupal de mi empleador. BCBSAZ es independiente de cualquier compañía que ofrezca dicha cobertura.
- E. BCBSAZ no administra ni garantiza ninguna cuenta o acuerdo financieros separados (HSA, HRA, FSA) que puedan formar parte del plan de beneficios grupal que patrocina mi empleador. BCBSAZ es independiente de cualquier compañía que administre tal cobertura o tales cuentas.
- F. Mi cobertura entrará en vigencia únicamente cuando BCBSAZ: (1) revise y acepte esta solicitud y (2) emita la cobertura al grupo de mi empleador y a mí en las fechas de entrada en vigencia asignadas por BCBSAZ de acuerdo con los términos de la cobertura del empleador.
- G. El contrato entre el grupo de mi empleador y BCBSAZ rige la administración de esta cobertura grupal. La Cobertura está sujeta a cambios, conforme lo permitan las leyes estatales y federales vigentes, y según los términos del contrato entre mi empleador y BCBSAZ. Mi empleador es responsable de notificarme acerca de cualquier cambio, incluso de la rescisión del contrato grupal por cualquier motivo.
- H. Si se rescinde el contrato entre el grupo de mi empleador y BCBSAZ, puedo ser elegible para obtener otra cobertura, según lo exijan las leyes estatales o federales.
- I. BCBSAZ, sus reaseguradoras o sus respectivos representantes autorizados podrían necesitar obtener información médica para procesar reclamos y podrían recopilar información personal de una persona diferente de mí o una de las personas propuestas con cobertura. Autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otro proveedor o centro de salud a suministrar a BCBSAZ, sus reaseguradoras y sus respectivos representantes autorizados mi información médica, incluida la información relacionada con consumo de drogas, alcoholismo, enfermedades mentales, VIH y SIDA (excepto información sobre pruebas genéticas o antecedentes familiares). BCBSAZ podría utilizar esta información y cualquier información sobre mí que posea para procesar reclamos. BCBSAZ podría divulgar esta información a terceros sin mi permiso cuando lo permita la ley.
- J. Si rechazo mi inscripción o la de mis dependientes (incluido mi cónyuge) porque cuento con otra cobertura médica u odontológica, podría inscribirme a mí y a mis dependientes en este plan de BCBSAZ si estos o yo perdemos la elegibilidad para la otra cobertura (o bien, el grupo del empleador deja de hacer aportes para mi otra cobertura o la de mis dependientes). Debo solicitar la inscripción en esta Cobertura dentro de 30 días desde que finaliza la otra cobertura. Para obtener una lista completa de los eventos especiales de inscripción, consulte el folleto del plan de beneficios.
- K. Si tengo un dependiente nuevo producto de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una entrega en adopción, puedo inscribirme a mí mismo o a mis dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores (60 días para grupos pequeños*) al matrimonio, al nacimiento, a la adopción o a la entrega en adopción. Para obtener una lista completa de los eventos especiales de inscripción, consulte el folleto del plan de beneficios. (Por solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese al siguiente número: Servicios de Inscripción Grupal al 602-864-4456 o 1-800-232-2345, ext. 4456).
- L. No se utiliza la información sobre otra cobertura del plan médico con el fin de determinar afecciones preexistentes para planes de BCBSAZ que comiencen o se renueven a partir del 1 de enero de 2014.
- M. Soy responsable de cualquier costo asociado con la obtención de los registros médicos necesarios para procesar reclamos.
- N. Al incluir mi dirección de correo electrónico en este formulario, autorizo a BCBSAZ a enviarme información a través de ese medio. Puedo modificar mi dirección de correo electrónico o anular este permiso en cualquier momento comunicándome con BCBSAZ a través del sitio azblue.com.
- O. BCBSAZ o el patrocinador del plan de mi empleador deben obtener el número del Seguro Social (SSN) de la mayoría de los postulantes a fin de cumplimentar estatutos federales y procesos comerciales de BCBSAZ.

Códigos de motivos para rechazar o renunciar a la cobertura (sujeto a los Lineamientos de participación de suscripción grupal de BCBSAZ)

- | | |
|--|--|
| A - No desea obtener cobertura, no tiene otra cobertura | E - Tiene cobertura de IHS (Indian Health Services) |
| B - Tiene cobertura del plan grupal del empleador del cónyuge o de los padres | F - Tiene cobertura de Medicare |
| C - Tiene cobertura de TRICARE | G - Está casado/a con un compañero/una compañera de trabajo |
| D - Tiene cobertura de AHCCCS | H - Tiene cobertura individual adquirida directamente de una aseguradora |
| | I - Tiene cobertura individual adquirida en el mercado de atención médica |

*A los fines de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), se considera que un empleador tiene un grupo pequeño si la cantidad total de empleados durante los días hábiles del año calendario anterior es de 50 o menos.

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de BCBSAZ, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 602-864-4884. Dii kwe'é atah nilinigií Blue Cross Blue Shield of Arizona haada yit'éego bína'idifkidgo éi doodago Háida bjiá anilyeedígíí t'áadoo le'é yína'idifkidgo beehaz'áanii hólo díí t'áa hazaadk'ehjí háká a'doowołgo bee haz'q doo baqah ilinígóó. Ata' halne'ígíí koj' bich'i' hodilnih 1-877-475-4799.

¿Tiene alguna pregunta? Hable con el Departamento de Recursos Humanos. Para obtener ayuda en español, comuníquese con nuestro equipo de atención al cliente (Mi Consejero Azul) al 602-864-4884 o llame sin cargo al 1-800-232-2345, opción 9.