

SOLICITUD DE EMPLEADO

 GRUPO NUEVO

 INSCRIPCIÓN ABIERTA

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA:	TIPO DE PLAN MÉDICO	COBERTURA DE SALUD	USTED DECLINA LA COBERTURA PARA:
<input type="text"/>	<input type="radio"/> PPO <input type="radio"/> PPO HSA CALIFICADO* <input type="radio"/> HMO <input type="radio"/> HMO HSA CALIFICADO*	<input type="radio"/> SOLO EMPLEADO <input type="radio"/> EMPLEADO Y CÓNYUGE <input type="radio"/> EMPLEADO E HIJOS <input type="radio"/> FAMILIAR	ATENCIÓN MÉDICA INDIVIDUAL <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N CÓNYUGE <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N DEPENDIENTES <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N DENTAL <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE AZ BLUE (Afiliado actual)	NOMBRE DEL PLAN DEDUCIBLE COSEGURO NOMBRE DEL PLAN	COBERTURA DENTAL <input type="radio"/> SOLO EMPLEADO <input type="radio"/> EMPLEADO Y CÓNYUGE <input type="radio"/> EMPLEADO E HIJOS <input type="radio"/> FAMILIAR	En caso afirmativo, incluya en la Sección II debajo el código del motivo correspondiente. (Hay disponible una lista de los códigos de motivos cerca de la parte inferior de la página 2.)
NÚMERO DE EMPLEADO (para uso exclusivo del empleador)			

CUENTAS DE CUIDADO DE SALUD ORIENTADAS A LOS CONSUMIDORES:

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)
 Convenio de reembolso de gastos médicos (HRA)
 Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (DCFSA)
 Cuenta de gastos flexibles de objeto limitado (LPFSA)

*Para inscribirse, se debe seleccionar el plan calificado para la cuenta HSA
 Cuenta de gastos flexibles (FSA)

Para inscribirse a las cuentas de esta sección, un empleador debe ofrecerlas.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN REFERENTE A SU EMPLEADOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR	LUGAR	NÚMERO DEL GRUPO	CLASIFICACIÓN DEL EMPLEO <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> OTRO (VER EMPLEADOR)
----------------------	-------	------------------	---

SECCIÓN II: INFORMACIÓN REFERENTE AL EMPLEADO

MARCAR UNA: <input type="radio"/> AÑADIR <input type="radio"/> CAMBIAR <input type="radio"/> RENUNCIAR	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL <small>Obligatorio. Ver (0) en la página 2.</small>	APELLIDO	NOMBRE	INI. DEL SEG. NOM.
	DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE Y NÚM. DE DEPARTAMENTO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL + CUATRO DÍGITOS
	DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL + CUATRO DÍGITOS
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/>	CASADO <input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/>	FECHA DE MATRIMONIO (MM/DD/AAAA)	TÉLFONO DEL TRABAJO (CÓDIGO DE ÁREA Y NÚM.)
				TÉLFONO DE LA CASA (CÓDIGO DE ÁREA Y NÚM.)
				MÓVIL/CELULAR (CÓDIGO DE ÁREA Y NÚM.)

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **Vea la página 2 (N) referente a la autorización de correo electrónico**

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Opcional. (Se pueden seleccionar una o más categorías) No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, soy mexicano, mexicano estadounidense, chicano

Sí, soy puertorriqueño Sí, soy cubano Sí, de otro origen hispano, latino o español

¿Cuál es su raza? Opcional. (Se pueden seleccionar una o más categorías) Blanco Negro o afroamericano Indígena o nativo de Alaska Indígena asiático Chino Filipino

Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái Guameño o chamorro Samoano Otro isleño del Pacífico

OTRA INFORMACIÓN ¿Usted o sus dependientes estarán cubiertos por otro seguro médico además de AZ Blue? SÍ NO

DE LA COBERTURA: Si la respuesta es "sí", complete la información de la otra cobertura abajo.

NOMBRE DE LA OTRA COBERTURA DE PLAN DE SALUD	TELÉFONO DE LA ASEGURADORA (CÓDIGO DE ÁREA Y NÚM.)	APELLIDO DEL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NÚM. DE GRUPO O PÓLIZA	FECHA DE VIGENCIA (MM/DD/AAAA)	NÚM. DE LA TARJETA DE MEDICARE	FECHA DE VIGENCIA DE LA PARTE A FECHA DE VIGENCIA DE LA PARTE B

Complete lo siguiente para todos los dependientes. Si tiene más de 3 dependientes, complete otro formulario. Empleados nuevos: complete la siguiente información para cada dependiente elegible, incluidos los dependientes que rechazan o renuncian a la cobertura. Empleados inscritos: para añadir o eliminar dependientes, o para cambiar las opciones de cobertura, solo incluya a las personas que son afectadas por el cambio.

1 **MARCAR UNA:**
 AÑADIR
 ELIMINAR
 CAMBIAR
 RENUNCIAR

CÓDIGO (VER REVERSO)	APELLIDO	NOMBRE	INI. DEL SEG. NOM.
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL <small>Obligatorio. Ver (0) en la página 2.</small>	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/>
		RELACIÓN	

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Opcional. (Se pueden seleccionar una o más categorías) No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, soy mexicano, mexicano estadounidense, chicano

Sí, soy puertorriqueño Sí, soy cubano Sí, de otro origen hispano, latino o español

¿Cuál es su raza? Opcional. (Se pueden seleccionar una o más categorías) Blanco Negro o afroamericano Indígena o nativo de Alaska Indígena asiático Chino Filipino

Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái Guameño o chamorro Samoano Otro isleño del Pacífico

NOMBRE DE LA OTRA COBERTURA DE PLAN DE SALUD	TELÉFONO DE LA ASEGURADORA (CÓDIGO DE ÁREA Y NÚM.)	APELLIDO DEL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
NÚM. DE GRUPO O PÓLIZA	FECHA DE VIGENCIA (MM/DD/AAAA)	NÚM. DE LA TARJETA DE MEDICARE	FECHA DE VIGENCIA DE LA PARTE A FECHA DE VIGENCIA DE LA PARTE B

2 **MARCAR UNA:**
 AÑADIR
 ELIMINAR
 CAMBIAR
 RENUNCIAR

CÓDIGO (VER REVERSO)	APELLIDO	NOMBRE	INI. DEL SEG. NOM.
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL <small>Obligatorio. Ver (0) en la página 2.</small>	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/>
		RELACIÓN	

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Opcional. (Se pueden seleccionar una o más categorías) No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, soy mexicano, mexicano estadounidense, chicano

Sí, soy puertorriqueño Sí, soy cubano Sí, de otro origen hispano, latino o español

¿Cuál es su raza? Opcional. (Se pueden seleccionar una o más categorías) Blanco Negro o afroamericano Indígena o nativo de Alaska Indígena asiático Chino Filipino

Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái Guameño o chamorro Samoano Otro isleño del Pacífico

NOMBRE DE LA OTRA COBERTURA DE PLAN DE SALUD	TELÉFONO DE LA ASEGURADORA (CÓDIGO DE ÁREA Y NÚM.)	APELLIDO DEL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
NÚM. DE GRUPO O PÓLIZA	FECHA DE VIGENCIA (MM/DD/AAAA)	NÚM. DE LA TARJETA DE MEDICARE	FECHA DE VIGENCIA DE LA PARTE A FECHA DE VIGENCIA DE LA PARTE B

3 MARCAR UNA: <input type="radio"/> AÑADIR <input type="radio"/> ELIMINAR <input type="radio"/> CAMBIAR <input checked="" type="radio"/> RENUNCIAR <small>(VER REVERSO)</small>	APELLIDO			NOMBRE	
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Obligatorio. Ver (0) en la página 2.	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/>	RELACIÓN	
CÓDIGO	¿Es usted de origen hispano, latino o español? Opcional. (Se pueden seleccionar una o más categorías) <input type="radio"/> No, no soy de origen hispano, latino o español <input type="radio"/> Sí, soy puertorriqueño <input type="radio"/> Sí, soy cubano <input type="radio"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español				
¿Cuál es su raza? Opcional. (Se pueden seleccionar una o más categorías) <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Indígena o nativo de Alaska <input type="radio"/> Indígena asiático <input type="radio"/> Chino <input type="radio"/> Filipino <input type="radio"/> Japonés <input type="radio"/> Coreano <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otro asiático <input type="radio"/> Nativo de Hawái <input type="radio"/> Guameño o chamorro <input type="radio"/> Samoano <input type="radio"/> Otro isleño del Pacífico					
NOMBRE DE LA OTRA COBERTURA DE PLAN DE SALUD		TÉLEFONO DE LA ASEGURADORA (CÓDIGO DE ÁREA Y NÚM.)	APELLIDO DEL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
NÚM. DE GRUPO O PÓLIZA	FECHA DE VIGENCIA (MM/DD/AAAA)	NÚM. DE LA TARJETA DE MEDICARE		FECHA DE VIGENCIA DE LA PARTE A	FECHA DE VIGENCIA DE LA PARTE B

Certifico todo lo que se indica a continuación en representación de mi persona y de las personas que aparecen listadas en esta solicitud como dependientes elegibles: (1) He leído todo este formulario; (2) entiendo y acepto sus términos; (3) solicito la inscripción y/o renuncio a los beneficios grupales según se indica en este formulario, sujeto a todos los términos y condiciones de cobertura y conforme a lo ofrecido por mi empleador; (4) la información que he proporcionado es exacta y completa, y entiendo que proporcionar información falsa puede ocasionar multas y sanciones criminales; y (5) si alguna parte de la prima por la cobertura u otros servicios financieros será pagada mediante deducciones de nómina, autorizo a mi empleador a descontarla periódicamente de mi salario, y a remitir los montos necesarios para continuar la cobertura y los servicios que correspondan.

X

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

RECONOCIMIENTOS, ACUERDOS Y AUTORIZACIONES APLICABLES A LA COBERTURA DEL PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS BASADA EN EL EMPLEO OFRECIDA O ADMINISTRADA A TRAVÉS DE BLUE CROSS BLUE SHIELD OF ARIZONA (AZ BLUES), un licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association

- En representación de mi persona y de las personas que aparecen listadas en esta solicitud como dependientes elegibles, reconozco, acepto y autorizo lo siguiente:
- He recibido información que resume los términos y las condiciones de la cobertura de salud disponible a través de mi empleo ("Cobertura"). La cobertura es (a) un seguro de salud grupal que mi empleador ha comprado a AZ Blue, o (b) un plan de beneficios grupal, para los cuales AZ Blue proporciona ciertos servicios de administración, pago de reclamaciones y gestión de utilización, y acceso a una red de proveedores, pero no asume riesgo financiero ni obligaciones por las reclamaciones.
 - He revisado cuidadosamente todo este formulario de solicitud y las respuestas que he proporcionado. Mis respuestas son importantes para AZ Blue. AZ Blue se basará en mi información para determinar la elegibilidad del grupo de mi empleador en cuanto a los servicios administrativos o a la cobertura de AZ Blue, y para establecer las primas o los cargos administrativos del grupo de mi empleador.
 - Mi solicitud incluye cualquier otro formulario de inscripción que yo complete al solicitar esta cobertura. Esta solicitud debidamente completada forma parte del contrato de mi grupo con AZ Blue, con la excepción de todas las disposiciones referidas a la cobertura de discapacidad y seguro de vida o a las cuentas financieras separadas (HSA, FSA, HRA).
 - AZ Blue no suscribe ni garantiza ningún otro seguro de vida y/o de discapacidad separado que el plan de salud grupal patrocinado por mi empleador pueda ofrecerme. AZ Blue es independiente de cualquier otra compañía que ofrezca dicha cobertura.
 - AZ Blue no administra ni garantiza ninguna cuenta o arreglo financiero separado (HSA, HRA, FSA) que pueda ser parte del plan de beneficios del grupo patrocinado por mi empleador. AZ Blue es independiente de cualquier otra compañía que administre dichas coberturas o cuentas.
 - Mi cobertura entrará en vigencia solo cuando AZ Blue (1) revise y acepte esta solicitud y (2) emita una cobertura para el grupo patrocinado por mi empleador y para mí en las fechas de vigencia que asigne AZ Blue de conformidad con los términos de la cobertura de mi empleador.
 - El contrato entre el grupo de mi empleador y AZ Blue controla la administración de esta cobertura de grupo. La cobertura está sujeta a cambio, según lo permitan las leyes federales y estatales vigentes, y de conformidad con los términos del contrato entre mi empleador y AZ Blue. Mi empleador es responsable de notificarme de todos los cambios, incluida la terminación por cualquier motivo del contrato del grupo que patrocina mi empleador.
 - Si se da término al contrato entre el grupo de mi empleador y AZ Blue, yo puedo ser elegible para otra cobertura conforme lo requieran las leyes estatales y/o federales.
 - AZ Blue, sus compañías reaseguradoras o sus respectivos representantes autorizados pueden necesitar obtener información médica para procesar reclamaciones, y pueden recopilar información personal de alguien que no sea yo o de una de las personas presentadas para obtener cobertura. Autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica u otro proveedor o establecimiento de la salud relacionado para que suministren mi información médica, incluida la información relacionada con consumo de drogas, alcoholismo, enfermedades mentales, VIH y SIDA (pero no autorizo que suministren información sobre pruebas genéticas ni antecedentes familiares), a AZ Blue, sus compañías reaseguradoras y sus respectivos representantes autorizados. AZ Blue puede utilizar esta información, y toda la información que ya esté en su poder, para procesar reclamaciones. Cuando las leyes lo permitan, AZ Blue podrá revelar esta información a terceros sin mi permiso.
 - Si rechazo inscribirme o inscribir a mis dependientes (incluido mi cónyuge) debido a otra cobertura dental o de salud, podré inscribirme e inscribir a mis dependientes en este plan de AZ Blue si mis dependientes o yo perdemos la elegibilidad para la otra cobertura (o si el grupo patrocinado por mi empleador deja de hacer contribuciones a la otra cobertura de mis dependientes o a mi otra cobertura). Deberé solicitar mi inscripción en esta cobertura dentro de los 30 días posteriores al término de la otra cobertura. Para obtener una lista completa de los eventos de inscripción especial, consulte el folleto del plan de beneficios.
 - Si tengo un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podré inscribirme y/o inscribir a mis dependientes si solicito la inscripción dentro de los 31 días (60 días para grupos pequeños*) posteriores al evento de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para obtener una lista completa de los eventos de inscripción especial, consulte el folleto del plan de beneficios. (Para solicitar una inscripción especial o para obtener más información, comuníquese con Servicios de Inscripción para Grupos al 602-864-4456 o al 1-800-232-2345, extensión 4456).
 - No se utiliza la información sobre la otra cobertura del plan de salud para determinar enfermedades preexistentes para los planes de AZ Blue que comiencen o se renueven a partir del 1 de enero de 2014.
 - Soy responsable del pago de todos los costos asociados con la obtención de los registros médicos que se necesiten para procesar reclamaciones.
 - Al incluir mi dirección de correo electrónico en este formulario, autorizo a AZ Blue a enviarme información por correo electrónico. Puedo cambiar mi dirección de correo electrónico o revocar este permiso en cualquier momento. Para hacerlo, debo comunicarme con AZ Blue a través de azulbe.com.
 - Las leyes federales y los procesos comerciales de AZ Blue exigen que AZ Blue o mi empleador patrocinador del plan obtenga el número de seguro social (Social Security Number, SSN), de la mayoría de los solicitantes.

Códigos de razones para rechazar o renunciar a la cobertura

(sujeto a los Criterios de participación de suscripciones grupales de AZ Blue)

- A - No desea estar cubierto; no tiene otra cobertura**
- B - Está cubierto por el plan grupal patrocinado por el empleador de su cónyuge o de sus padres**
- C - Está cubierto por TRICARE**
- D - Está cubierto por AHCCCS**

- E - Está cubierto por Servicios de Salud Indígena (Indian Health Services, IHS)**
- F - Está cubierto por Medicare**
- G - Compañeros de trabajo casados**
- H - Cobertura individual obtenida directamente de la aseguradora**
- I - Cobertura individual obtenida en el mercado de seguros de salud**

* Los empleadores se consideran grupos pequeños para los fines de la Ley de Cuidado de Salud Accesible (Affordable Care Act, ACA) si el promedio del total de empleados en días hábiles durante el año calendario anterior es igual o inferior a 50.

Blue Cross Blue Shield of Arizona (AZ Blue) cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Si usted, o alguien a quien usted ayuda, tiene preguntas acerca de AZ Blue, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 602-864-4884. Díj kwe' é atah nílínígíí Blue Cross Blue Shield of Arizona haada yit'éego bína'ídí[kídgo éí doodago Háida bíjá anilyeedígíí t'áadoo le'é yína'ídí[kídgo beehaz'áanii hól- díí t'áá hazaadk'ehjí háká a' doowofgo bee haz'á doo bąhąh ílínígóó. Ata' halne'ígíí koj' bich'j' hodólinih 1-877-475-4799.