



**BlueCross BlueShield  
of Illinois**

# Coberturas como prestación laboral Solicitud de cobertura | Solicitud de cambios

Lea detenidamente las instrucciones en el interior antes de completar esta solicitud de cobertura/cambios.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association  
Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, es la entidad que suscribe el seguro de Vida y Discapacidad. Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield. *BLUE CROSS*, *BLUE SHIELD* and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

# INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS

LEA DETENIDAMENTE ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS.

**Solo use bolígrafo negro o azul. Escriba en letra de imprenta legible. No utilice abreviaciones.**

<b>SECCIÓN 1 MOTIVOS DE SOLICITUD</b>	<p>Marque todas las casillas que correspondan para indicar si usted es un nuevo asegurado o si está solicitando un cambio en la cobertura. Indique el suceso y la fecha, si corresponde. Complete las secciones adicionales conforme a su caso.</p> <p><b>Nuevo asegurado:</b> Complete todas las secciones, si corresponde.</p> <p><b>Agregar derechohabiente:</b> Complete todas las secciones, si corresponde.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si solicita cobertura para un derechohabiente discapacitado cuya edad supera el límite de edad de la cobertura disponible como prestación laboral, proporcione la información adicional solicitada en la sección 5. También es posible que se solicite documentación adicional, como se especifica en esa sección.</li><li>• Si su empresa ofrece cobertura para sus hijos y ellos son elegibles, serán elegibles para la cobertura médica o dental hasta alcanzar el límite de edad para los derechohabientes, y dicha cobertura no podrá rechazarse por el estado civil, por la condición de estudiante ni por la situación laboral antes de los 26 años de edad (consulte a la empresa para obtener información adicional sobre los requisitos de elegibilidad). Además, en el caso del personal militar elegible, la cobertura no puede rechazarse antes de los 30 años de edad conforme a las leyes de Illinois. Si agrega a un derechohabiente elegible que es personal militar y supera el límite de edad de la cobertura disponible como prestación laboral, debe completar, además de esta solicitud, el Formulario del Departamento de Defensa (DD 214).</li></ul> <p><b>Período de inscripciones:</b> El período que se ofrece regularmente, durante el cual puede solicitar la cobertura de un seguro de gastos médicos de un grupo específico o realizar cambios en la cobertura vigente.</p> <p><b>Período especial de inscripción:</b> Si usted es elegible, este período le permite hacer cambios a su cobertura vigente en caso de matrimonio*, divorcio**, adopción, colocación en adopción o proceso de adopción, renuncia o despido, mudanza fuera del área de servicio, etc. Este cambio puede realizarse fuera del período de inscripciones.</p> <p><b>Fecha de entrada en vigor de los beneficios:</b> Este campo es obligatorio y debe reflejar la fecha solicitada.</p> <p><b>Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad:</b> Marque esta casilla si la empresa tiene requisitos de elegibilidad que usted ha satisfecho o cumplido antes de presentar la solicitud, como un período de medición o de orientación.</p> <p><b>Eliminar asegurado, eliminar derechohabiente o cancelar la cobertura:</b> Complete las secciones 1, 2, 4 (omite la sección 4 si rechaza la cobertura), 8 y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento de las personas a las que les cancelará la cobertura.</p>
<b>SECCIÓN 2 SU INFORMACIÓN</b>	Complete esta sección con sus datos personales incluso si rechaza la cobertura.
<b>SECCIÓN 3 SU COBERTURA</b>	<p>Complete todos los campos con las opciones de cobertura que desea solicitar. Incluya el número de identificación de siete caracteres de la cobertura que desea solicitar (por ejemplo, S533PPO) en el campo de n.º de cobertura. Si no conoce el tamaño de su grupo o el número de identificación de la cobertura, solicite orientación de su empresa.</p> <p>Si solicita seguro de Vida y Discapacidad, ingrese la información solicitada. Cuando incluya a los beneficiarios, proporcione sus nombres y apellidos, y la relación que tienen con usted. Incluya a todos los beneficiarios que correspondan.</p>
<b>SECCIÓN 4 OPCIONES DE COBERTURA</b>	<p>Complete todas las áreas que correspondan a usted y a cada derechohabiente.</p> <p><b>Solo para coberturas HMO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aquellos que soliciten la cobertura HMO deben seleccionar un médico de cabecera o prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés) para cada asegurado. Incluya el nombre del médico o profesional médico y el número de prestador de servicios médicos del directorio de prestadores de servicios médicos o de Provider Finder<sup>®</sup> en <a href="http://espanol.bcbsil.com">espanol.bcbsil.com</a>. Marque la casilla adecuada si es paciente nuevo.</li><li>• Si seleccionó la cobertura HMO, debe seleccionar un grupo médico o Asociación de Médicos Independientes (IPA, en inglés) y un médico de cabecera (PCP) para cada persona que recibirá cobertura. También tiene que seleccionar un médico de cabecera dentro del grupo médico/IPA seleccionado para cada persona que recibirá cobertura. Puede elegir un grupo médico/IPA diferente para cada persona. Es posible que la atención de un prestador principal de servicios médicos para la mujer (WPHCP, en inglés) sea elegible para la cobertura sin un referido del médico de cabecera (PCP). Sin embargo, para que cada persona sea elegible para recibir cobertura, el PCP y el WPHCP deben estar afiliados o ser empleados del grupo médico o IPA que seleccionó. Hasta que no recibamos la información del grupo médico/IPA que seleccionó, es posible que usted no sea elegible y rechazemos sus reclamaciones. Asegúrese de ingresar el nombre y el número del grupo médico/IPA, y el nombre y número del médico de cabecera (PCP).</li><li>• Si agrega a un derechohabiente elegible que es personal militar y supera el límite de edad de la cobertura disponible como prestación laboral, debe completar, además de esta solicitud, el Formulario 214 del Departamento de Defensa (DD 214).</li></ul> <p><b>Cambiar de médico de cabecera o prestador principal de servicios médicos:</b> En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete las secciones 2, 3, 4 y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento del asegurado o derechohabiente, y el nombre y el número del nuevo PCP y de la nueva IPA.</p> <p><b>Cambiar dirección o nombre:</b> En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete las secciones 2 y 9.</p>
<b>SECCIÓN 5 DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS</b>	Los derechohabientes discapacitados deben contar con una certificación médica de discapacidad y dependencia de usted o de su cónyuge*** o pareja en unión libre para incluirlos en la cobertura si este tipo de beneficio forma parte de la prestación laboral. Los derechohabientes discapacitados deben tener cobertura antes de cumplir los 26 años para poder recibir cobertura una vez que superen el límite de edad para hijos derechohabientes de la cobertura disponible como prestación laboral. Si corresponde, junto con esta solicitud de cobertura, deberá completar y presentar la Certificación de discapacidad del derechohabiente ( <i>Disabled Dependent Authorization</i> ) y el Certificado de derechohabiente discapacitado emitido por el médico ( <i>Disabled Dependent Physician Certification</i> ).
<b>SECCIÓN 6 OTRA COBERTURA</b>	Complete esta sección si usted o alguno de sus derechohabientes tienen otra cobertura médica o dental como prestación laboral o para particulares (si corresponde) que no se cancelará cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio.
<b>SECCIÓN 7 COBERTURA MEDICARE</b>	Complete esta sección si usted o alguno de sus derechohabientes tienen cobertura Medicare. Ingrese las fechas correspondientes de inicio y finalización de la cobertura. Debe indicar el número de Medicare (puede encontrarlo en la tarjeta de asegurado de Medicare). Marque el motivo por el cual solicita la cobertura Medicare.
<b>SECCIÓN 8 RENUNCIA A LA COBERTURA</b>	<p>Complete esta sección si renuncia a la cobertura médica para usted y sus derechohabientes. <b>Toda persona</b> que, por cualquier razón, renuncie a la cobertura debe completar la sección 8; no solo quienes renuncian porque tienen otra cobertura.</p> <p><b>AVISO IMPORTANTE:</b> Si renuncia a su propia cobertura médica o a la de sus derechohabientes (incluido su cónyuge) porque tienen otra cobertura médica, es posible que, en el futuro, pueda solicitar cobertura para usted o sus derechohabientes si presenta su solicitud dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un derechohabiente nuevo como consecuencia de matrimonio, formalizar una unión libre, nacimiento, adopción, demanda de adopción en la cual usted es una de las partes, colocación en adopción o acogimiento en su hogar de un niño en guarda, es posible que pueda solicitar la cobertura para usted y sus derechohabientes si presenta su solicitud dentro de los 31 días posteriores a cualquiera de estos acontecimientos.</p>
<b>SECCIÓN 9 CONDICIONES DE COBERTURA</b>	<p>Firme con su nombre y escriba la fecha en la solicitud de cobertura si está de acuerdo con las condiciones que se establecen en esta sección. Debe presentar la solicitud de cobertura al departamento de su empresa designado como <b>Enrollment Department</b>, el cual enviará posteriormente su formulario a BCBSIL.</p> <p>Significado de ciertos términos en esta solicitud (a menos que se indique lo contrario): Es posible que estos términos se usen con un significado diferente en otros documentos.</p> <p>* El término "matrimonio" abarca el matrimonio legal y el establecimiento de una pareja en unión civil o unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).</p> <p>** El término "divorcio" incluye el divorcio legal y la disolución equivalente de una pareja en unión civil o unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).</p> <p>*** El término "cónyuge" hace referencia al cónyuge legal o a una de las partes de una pareja en unión civil o unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).</p>

**Las modificaciones en las leyes o reglamentaciones federales o estatales, o en las interpretaciones de ellas, pueden modificar los términos y las condiciones de cobertura.**

**Si actualmente es uno de nuestros asegurados y tiene preguntas, puede llamar al número de Servicio al Cliente que aparece al dorso de su tarjeta de asegurado.**

# SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS



N.º de grupo					
N.º de cuenta					

N.º de sección			

N.º de Seguro Social									
Categoría									

## SECCIÓN 1: MOTIVOS DE SOLICITUD

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. SI DESEA RENUNCIAR A LA COBERTURA, COMPLETE SOLO LAS SECCIONES 2, 8 Y 9.

**Nuevo asegurado**  **Agregar derechohabiente**  **Período de inscripciones**  **Otros cambios**  
**¿Está solicitando cobertura debido a un suceso que resulte en un período especial de inscripción?**  
 **No**  **Sí. Fecha del suceso:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
**Suceso:**  Nuevo empleado  Matrimonio\*  Nacimiento  
 Adopción, colocación en adopción o proceso de adopción (proporcione los documentos legales)  
 Sentencia judicial (proporcione el decreto o la orden judicial)  
 Pérdida de otra cobertura  
 Otro (explique): \_\_\_\_\_  
**Fecha de entrada en vigor de los beneficios:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  **Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad**

**Eliminar asegurado**  
 **Eliminar derechohabiente**  
**Cancelar la cobertura:**  Médica  Dental  
 Seguro de vida temporal  
 Seguro de vida para derechohabientes  
 Seguro por discapacidad a corto plazo  
 Seguro por discapacidad a largo plazo  
 Incluya los nombres de las personas a quienes les cancelará la cobertura en la sección 4.  
**Suceso:**  Divorcio\*\*  Muerte  
 Finalización del empleo  Otro  
**Indique la fecha del suceso:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN PERSONAL

DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN INCLUSO SI RENUNCIA A LA COBERTURA.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre (opcional)	Sufijo	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	N.º de Seguro Social
Dirección postal, n.º y calle, n.º de apto		Ciudad	Estado	Código postal	
Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	N.º de teléfono particular/celular			
Nombre de la empresa	Cargo	N.º de teléfono en el trabajo	Fecha de contratación (MM/DD/YYYY)	¿Cuántas horas, en promedio, trabaja por semana? (campo obligatorio)	

Condición de elegibilidad:  Empleado en activo  Empleado jubilado; fecha de jubilación: \_\_\_\_\_  
 Cobertura conforme a la Ley COBRA Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización prevista \_\_\_\_\_  
 Continuación de la cobertura de Illinois (solo para seguros de gastos médicos financiados) Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización prevista \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 3: SELECCIÓN DE COBERTURA

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.

### Seguros de gastos médicos para pequeñas empresas (de entre 1 y 50 empleados)

<b>Cobertura conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio</b> <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred PPO <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Blue Options <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Blue Precision HMO <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> BlueCare Direct <sup>SM</sup> N.º de cobertura (campo obligatorio) _____	<b>Coberturas con derechos adquiridos (grandfathered) o de transición (grandmothered)</b> <input type="checkbox"/> Blue Advantage Entrepreneur PPO <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Blue Advantage HMO <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Blue Choice Select PPO <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Blue Advantage HMO Value Choice <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> BlueEdge Select HSA <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Community Participation Organization (CPO) <input type="checkbox"/> BlueEdge HSA <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> CPO Value Choice <input type="checkbox"/> BlueEdge HCA Direct <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Otro _____ N.º de cobertura (campo obligatorio) _____
--	--

### Cobertura estándar para el mercado medio y para grandes empresas (51 empleados o más)

### Cobertura BCBSIL o HMO anterior:

<b>Coberturas para el mercado medio y para grandes empresas de al menos 51 empleados</b> <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Blue Choice Options <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> BlueEdge Select HSA <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Blue Advantage HMO <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Blue Choice Select PPO <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> N.º de cobertura (campo obligatorio) _____ <input type="checkbox"/> Blue Advantage HMO Value Choice <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> BlueEdge HSA <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Otro _____	N.º de grupo: _____ N.º de sección: _____ N.º de asegurado: _____
---	---

### Cobertura personalizada para grandes empresas (151 empleados o más)

<input type="checkbox"/> Traditional <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> CPO <input type="checkbox"/> CPO Value Choice <input type="checkbox"/> HMO Illinois® <input type="checkbox"/> HMO Illinois® con HCA <input type="checkbox"/> Blue Advantage HMO <sup>SM</sup>	<input type="checkbox"/> Blue Advantage HMO <sup>SM</sup> con HCA <input type="checkbox"/> Blue Choice Options <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Blue Choice Select PPO <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> BlueEdge HCA <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> BlueEdge HSA <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> BlueEdge HCA Direct <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> BlueEdge Select HCA <sup>SM</sup>	<input type="checkbox"/> BlueEdge Select HSA <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> BlueEdge Select HCA Direct <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Servicios para la vista <input type="checkbox"/> Servicios para la audición <input type="checkbox"/> Seguro Suplementario de Medicare <input type="checkbox"/> Otro _____
--	--	--

### Coberturas dentales

<input type="checkbox"/> BlueCare Dental PPO <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> BlueCare Dental HMO <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> N.º del grupo de dentistas (si es diferente del n.º de póliza del grupo médico) _____	<input type="checkbox"/> Empleado y pareja en unión civil o unión libre Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Individual/empleado <input type="checkbox"/> Empleado/hijos <input type="checkbox"/> Empleado/cónyuge <input type="checkbox"/> Familia
--	---	--

Lengua materna: \_\_\_\_\_

### Seguro de vida temporal, Seguro por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D, en inglés), y Seguro por discapacidad

No solicito alguna de estas coberturas como prestación laboral: Seguro de vida temporal, Seguro por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D) o Seguro por discapacidad.  
 Puesto/Cargo del empleado: \_\_\_\_\_ Tarifa salarial \$ \_\_\_\_\_ por  hora  semana  mes  año  
 Cobertura como prestación laboral: Seguro básico de vida temporal y por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D)  No solicito cobertura.  Solicito cobertura. Monto \$ \_\_\_\_\_  
 Cobertura como prestación laboral: Seguro de vida para derechohabientes  No solicito cobertura.  Solicito cobertura.  
 Cobertura como prestación laboral: Seguro de vida complementario  No solicito cobertura.  Solicito cobertura  
 Monto para el empleado: \$ \_\_\_\_\_ Monto para el cónyuge: \$ \_\_\_\_\_ Monto para el hijo: \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro por discapacidad a corto plazo  No solicito cobertura.  Solicito cobertura.  
 Seguro por discapacidad a largo plazo  No solicito cobertura.  Solicito cobertura.

Beneficiario principal	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de Seguro Social
Beneficiario secundario	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de Seguro Social

Significado de ciertos términos en esta solicitud (a menos que se indique lo contrario): Es posible que estos términos se usen con un significado diferente en otros documentos.

\* El término "matrimonio" abarca el matrimonio legal y el establecimiento de una pareja en unión civil o unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).

\*\* El término "divorcio" incluye el divorcio legal y la disolución equivalente de una pareja en unión civil o unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).

\*\*\* El término "cónyuge" hace referencia al cónyuge legal o a una de las partes de una pareja en unión civil o unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, es la entidad que suscribe el seguro de Vida y Discapacidad. Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield. BLUE CROSS® BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Apellido:

N.º de Seguro Social: — —

N.º de grupo **SECCIÓN 4:  
OPCIONES DE COBERTURA****COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN**

(Si agrega a un derechohabiente elegible que es personal militar y supera el límite de edad de la cobertura de la empresa, debe completar, además de esta solicitud, el Formulario 214 del Departamento de Defensa [DD 214]).

Nombre del empleado o interesado		Nombre del médico de cabecera (PCP) N.º del PCP		Nombre de la IPA N.º de la IPA	
Nombre del WPHCP N.º de WPHCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional)		N.º de ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO	
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Pareja en unión libre <input type="checkbox"/> Pareja en unión		Nombre del PCP del derechohabiente		N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la IPA N.º de la IPA	Nombre del WPHCP N.º de WPHCP	Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional) N.º de ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO			
N.º de Seguro Social del derechohabiente — —	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente) Calle/ciudad/estado/código postal			
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible		Nombre del PCP del derechohabiente		N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción que cumpla con los requisitos, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
N.º de Seguro Social del derechohabiente — —	Nombre de la IPA N.º de la IPA	Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional) N.º de ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO			
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible		Nombre del PCP del derechohabiente		N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción que cumpla con los requisitos, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
N.º de Seguro Social del derechohabiente — —	Nombre de la IPA N.º de la IPA	Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional) N.º de ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO			
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible		Nombre del PCP del derechohabiente		N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción que cumpla con los requisitos, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
N.º de Seguro Social del derechohabiente — —	Nombre de la IPA N.º de la IPA	Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional) N.º de ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO			

**SECCIÓN 5: DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS****COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.**

Nombre del derechohabiente discapacitado	Tipo de discapacidad
Nombre del derechohabiente discapacitado	Tipo de discapacidad
Si la edad de un hijo discapacitado supera el límite de edad para derechohabientes de la cobertura de la empresa, complete y adjunte la Certificación de hijo derechohabiente con discapacidad y el Certificado de derechohabiente discapacitado emitido por el médico.	

**SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE OTRAS COBERTURAS****COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN.**Complete esta sección solo si usted o alguno de sus derechohabientes tienen otra cobertura médica o dental **que no se cancelará** cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio. **Incluya los nombres de todas las personas con cobertura:**

Cobertura como prestación laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura para particulares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección de la otra compañía de seguros	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia	
Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Derechohabiente	
Empresa:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de grupo médico	N.º de cobertura médica	N.º de grupo de dentistas	N.º de cobertura dental

**SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE COBERTURA MEDICARE****COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.**

Beneficiario:	Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____ Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____ Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____ Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____	N.º de Medicare (en su tarjeta de Medicare)
Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: <input type="checkbox"/> Edad autorizada <input type="checkbox"/> Discapacidad autorizada <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal <input type="checkbox"/> Discapacidad y enfermedad renal		
Beneficiario:	Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____ Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____ Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____ Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____	N.º de Medicare (en su tarjeta de Medicare)
Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: <input type="checkbox"/> Edad autorizada <input type="checkbox"/> Discapacidad autorizada <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal <input type="checkbox"/> Discapacidad y enfermedad renal		



**SECCIÓN 8: RENUNCIA A LA COBERTURA**

**COMPLETE SI RENUNCIA A LA COBERTURA.**

Acepto que se me ha explicado la cobertura que tengo a mi disposición. He tenido la posibilidad de solicitar la cobertura que se ofrece para mí y mis derechohabientes elegibles, pero he decidido voluntariamente renunciar a la cobertura, como se indica a continuación. Si decido solicitar la cobertura en otro momento, entiendo que la fecha de entrada en vigor de la cobertura se puede retrasar.

Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Razón de la renuncia a la <b>cobertura médica</b> : <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica como prestación laboral; compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica para particulares; compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Otra (explique _____) <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Razón de la renuncia a la <b>cobertura dental</b> : <input type="checkbox"/> Otra cobertura dental como prestación laboral <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura dental para particulares <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Cónyuge	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica como prestación laboral <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica para particulares <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Derechohabiente	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica como prestación laboral <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica para particulares <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Derechohabiente	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica como prestación laboral <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica para particulares <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura.

**SECCIÓN 9: CONDICIONES DE COBERTURA**

- Soy empleado o jubilado de la empresa que se menciona en esta solicitud. Reúno los requisitos para participar en la cobertura disponible como prestación laboral, la cual está asegurada o es administrada por Blue Cross and Blue Shield of Illinois o Dearborn Life Insurance Company. Solicito la(s) cobertura(s) para la(s) que soy elegible en nombre propio y de mis derechohabientes, que aparecen en esta solicitud de cobertura. Declaro que la información proporcionada en esta solicitud de cobertura es verdadera y correcta. Entiendo y acepto que cualquier declaración falsa sobre algún hecho importante que realice de manera intencional invalidará mi(s) cobertura(s).
- Solo estarán disponibles para mí las coberturas y los montos para los cuales soy elegible. Entiendo que, si se aprueba esta solicitud de cobertura, los beneficios entrarán en vigor de acuerdo con las estipulaciones establecidas en el contrato o la cobertura.
- Acepto que la empresa actúe como mi agente de seguros. Autorizo que la empresa deduzca de mi nómina el monto necesario, si corresponde, para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s).
- Entiendo que mi participación en las coberturas queda sujeta a cualquier modificación futura. También entiendo que todos los avisos dirigidos a la empresa rigen para mí.

CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA O BENEFICIOS, O QUE A SABIENDAS PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, es la entidad que suscribe el seguro de Vida y Discapacidad. Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield. BLUE CROSS® BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

**La cobertura de atención médica es importante para todos.**

Les proporcionamos servicios y asistencia para la comunicación de manera gratuita a todas las personas que tienen una discapacidad o que necesitan asistencia lingüística.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Para recibir asistencia lingüística o comunicativa de manera gratuita, comuníquese con nosotros al 855-710-6984.

Si considera que no hemos proporcionado algún servicio o que hemos discriminado de alguna otra manera, comuníquese con nosotros para expresar su inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator  
300 E. Randolph St.  
35th Floor  
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)  
TTY/TDD: 855-661-6965  
Fax: 855-661-6960  
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

U.S. Dept. of Health & Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building 1019  
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019  
TTY/TDD: 800-537-7697  
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Formularios de queja: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>





If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
Ελληνικά Greek	Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε ερωτήσεις, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας χωρίς χρέωση. Για να μιλήσετε σε έναν διερμηνέα, καλέστε 855-710-6984.
ગુજરાતી Gujarati	જા તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય અથવા કોઈ બાજુ વ્યાકતને અસુબા.અમ. કાયકમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	याँदे आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर काल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ní, éí doodago ła'da bíká anánílwo'ígíí, na'ídiłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níí'k'e níká a'doolwoł dóó bína'ídiłkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíílnih kwe'é 855-710-6984.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.