



# Solicitud de inscripción/cambio (continuación)

## SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE LA COBERTURA ACTUAL/ANTERIOR

Por favor indique para CADA persona que se enumera en esta solicitud, cualquier cobertura de seguro médico (incluyendo Medicare o Medicaid) vigente dentro del período de 24 meses previo a la fecha propuesta de vigencia de esta cobertura. Cada persona que solicita cobertura debe estar enumerada a continuación. Si no había ninguna cobertura de seguro médico vigente dentro de los últimos 24 meses, indique NINGUNA.

<b>MEDICARE</b> Si usted o cualquiera de los miembros de su familia enumerados en esta solicitud tiene Medicare, es cobertura de la <input type="checkbox"/> Part A <input type="checkbox"/> Part B <input type="checkbox"/> Part D, y por favor complete la siguiente información:					
			Razón por la cual tiene derecho a Medicare: <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD <input type="checkbox"/> Derecho doble		
			Razón por la cual tiene derecho a Medicare: <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD <input type="checkbox"/> Derecho doble		
Nombre del solicitante (No-Medicare)	Corredor de seguros (Número de póliza y número de teléfono)	Fecha de la cobertura		¿Continuará la cobertura?	Tipo de cobertura
		Desde	Hasta		
1.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
2.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
3.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
4.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
5.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
6.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica
7.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica

Si necesita espacio adicional, solicite un formulario adicional a su administrador de grupo.

Por este medio solicito cobertura para las personas que se enumeran en la sección anterior de inscripción de personas. Entiendo que cualquier cobertura será bajo el contrato maestro entre Regence BlueCross BlueShield of Oregon y mi empleador y estoy de acuerdo con los términos y condiciones de dicho contrato maestro. Estoy de acuerdo con las cláusulas de inscripción del empleador y certifico que todas aquellas personas para las cuales busco la inscripción, incluyendo la mía, cumplen con el criterio de elegibilidad según lo acordado por el grupo en el contrato maestro. Entiendo que la cobertura no puede empezar hasta haber satisfecho el periodo de espera de elegibilidad acordado por el empleador y según este documentado en los registros de Regence BlueCross BlueShield of Oregon.

Una persona elegible que no aparezca en esta solicitud se considerará como que renuncia a la cobertura. Reconozco que he tenido la oportunidad de inscribir, pero no deseo hacer una solicitud para ninguna persona que no haya sido mencionada. Al renunciar a la cobertura, reconozco que las personas que renuncian a la cobertura (incluyéndome a mí, si estoy renunciando) pueden inscribirse después solamente en la fecha del aniversario de mi grupo, a menos que califiquen para un periodo de inscripción especial.

Si he renunciado a mi inscripción o a la de cualquiera de mis dependientes (Incluyendo mi esposo(a) o mi pareja de unión libre) debido a otra cobertura de seguro médico o plan de salud colectivo, puedo en el futuro inscribir en este plan a las personas que renunciaron, siempre que solicite la inscripción en un periodo no mayor de 30 días después de la finalización de la otra cobertura de esta(s) persona(s) por la pérdida de la elegibilidad o porque el empleador deja de contribuir con esa otra cobertura. Además, si tengo un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, unión libre, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puedo inscribirme yo y mis dependientes, siempre que solicite la inscripción en un periodo de 30 días después del matrimonio o en un periodo de 60 días después del nacimiento, adopción o colocación. Para obtener más información acerca de estas reglas, llame al 1 (800) 505-6801.

Salvo por una enmienda expresa, firmada por un representante Regence BlueCross BlueShield of Oregon, ninguna persona, incluyendo, pero sin limitarse a, cualquier productor independiente, agente o empleado Regence BlueCross BlueShield of Oregon o de mi empleador, puede cambiar los términos del contrato maestro, ninguna de sus enmiendas o esta solicitud y ninguna persona puede exonerar el requisito de que yo responda a todas las preguntas de esta solicitud por completo y de forma exacta. Entiendo que esta solicitud formará parte del contrato entre Regence BlueCross BlueShield of Oregon y mi empleador.

Autorizo a mi empleador para actuar como mi agente en todos los asuntos administrativos de la cobertura colectiva y reconozco que mi empleador de ninguna manera actúa como agente Regence BlueCross BlueShield of Oregon. Estoy de acuerdo con pagar las tarifas apropiadas de las primas para mi persona y los dependientes que se inscriban por adelantado, y autorizo la deducción de las primas de la nómina de pago según sea requerido.

Autorizo a cualquier fuente a divulgar Regence BlueCross BlueShield of Oregon cualquier información médica, de salud, de empleo o de seguro, que sea solicitada para cualquier miembro inscrito. Reconozco y entiendo que Regence BlueCross BlueShield of Oregon puede solicitar o revelar información médica sobre mi persona o mis dependientes (personas que son elegibles para recibir la cobertura de beneficios y que se mencionan en el formulario de inscripción) eventualmente con el propósito de facilitar el tratamiento de atención médica, pago o con el propósito de las operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de atención médica o según lo requiera la ley. La información médica solicitada o divulgada puede estar relacionada con el tratamiento o servicios brindados por:

- ◆ Un médico, dentista, farmacéutico u otro profesional de atención de la salud o del comportamiento;
- ◆ Una clínica, hospital, centro de atención médica de largo plazo u otro centro médico;
- ◆ Cualquier otra institución que brinde atención, tratamiento, consultas, fármacos, materiales o,
- ◆ Un corredor de seguros o plan de salud colectivo.

La información de salud que se solicite o se revele puede incluir, pero no se limita a: constancias de reclamos, correspondencia, expedientes médicos, estados de cuenta; informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, expedientes dentales o de hospital (incluyendo los registros de enfermería y notas de progreso). Este reconocimiento no aplica para obtener información sobre notas de psicoterapia. Se utilizará una autorización independiente para las notas de psicoterapia.

Comprendo que podría no haber proveedores participantes de todas las áreas de especialización.

Comprendo que puede aplicarse un período de espera por condiciones preexistentes. Un período de espera de una condición preexistente puede ser reducido por cualquier cobertura previa de salud acreditable que yo o mi(s) dependiente(s) podamos haber tenido, siempre y cuando no haya habido un lapso significativo. Tengo derecho a proporcionar evidencia de la cobertura anterior. Puedo comunicarme con Regence BlueCross BlueShield of Oregon para obtener ayuda para conseguir la evidencia apropiada de la cobertura anterior. Nota: Una condición preexistente es una condición física o mental, sin importar la causa por la condición, por la cual servicio médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento fue recomendado o se ha recibido en los últimos 6 meses antes de ingresar al plan. Embarazo o fenilcetonuria, también conocida como PKU no se consideran condiciones preexistentes. Informaciones genéticas no se consideraran condiciones preexistentes en la ausencia de un diagnóstico relacionado a tal información. Además, periodos de exclusión para condiciones preexistentes no se imponen a recién nacidos o a niños recientemente adoptados. El periodo máximo para condiciones preexistentes son 12 meses.

He proporcionado estas respuestas como parte del proceso de solicitud requerido por Regence BlueCross BlueShield of Oregon para inscribirse en la cobertura y certifico que toda la información que se ha completado en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que Regence BlueCross BlueShield of Oregon se basará en cada respuesta para realizar la cobertura y calificar las determinaciones. Para la protección de todos los miembros, el fraude o tergiversación de los hechos materiales hechos por mí con el propósito de defraudar Regence BlueCross BlueShield of Oregon, puede resultar en que Regence BlueCross BlueShield of Oregon tome cualquier acción permitida por la ley o contrato, incluyendo la terminación o rescisión de la cobertura, negación de los beneficios o búsqueda de cargos o multas criminales.

Por este medio verifico que he revisado toda la información que se proporcionó en esta solicitud (sin importar si yo la completé o si alguien más me ayudó a llenarla) y certifico que es exacta y completa. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente Regence BlueCross BlueShield of Oregon por escrito si algo ocurre antes de que mi cobertura entre en vigencia, que haga que cualquier respuesta en esta solicitud sea inexacta o incompleta.

A firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

