

Sección A: Información actual

Nombre del grupo:		N.º de Grupo:		N.º de División:	N.º de paquete:
Fecha de Entrada en Vigencia de la Cobertura:	Fecha de contratación:	N.º de Establecimiento:	N.º de Empleado:	Cargo:	
Estatus Laboral <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Cobrando <input type="checkbox"/> Jubilado		Fecha de Jubilación:		Pago: <input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Salario	<input type="checkbox"/> Inscripción Abierta

Sección B: Información sobre el Empleado

N.º de Seguro Social:	Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:		Apt. #:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Condado	Teléfono:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Legalmente Separado			
Nombre del Médico /ID No Solo HMO:	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma Preferido: opcional: sólo para recopilar datos <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
Grupo étnico opcional Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño del Caribe <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco					

Sección C: Nivel de Cobertura e Información del Plan

Cobertura de salud del empleado: * Cuando esté disponible Empleado *Empleado y Cónyuge *Empleado y un Dependiente *Empleado e Hijo(s) Familia

<input type="checkbox"/> N.º del Plan BlueOptions _____	<input type="checkbox"/> N.º del plan BlueChoicePPO _____	<input type="checkbox"/> Plan BlueCare (HMO) N.º _____
<input type="checkbox"/> N.º del plan BlueSelect _____	<input type="checkbox"/> N.º del plan Truli For Health (HMO) _____	<input type="checkbox"/> N.º de otro plan _____

En ese momento rechazo toda cobertura de salud. Comprendo que si más adelante decido solicitar cobertura de salud puede que no este disponible hasta el próximo período de inscripción abierta o período especial de inscripción. Firma: _____ Fecha: _____

Sección D: Nivel de cobertura para la vista e información del plan.

Cobertura de la vista para empleados: Empleado *Empleado y Cónyuge *Empleado y un Dependiente *Empleado e Hijo(s) Familia

Opción del plan para la vista

En este momento rechazo la cobertura para la vista. Comprendo que si más adelante decido solicitar cobertura de salud puede que no este disponible hasta el próximo período de inscripción o período de inscripción especial. Firma: _____ Fecha: _____

Sección E: Información del Dependiente: Adjunte hoja por separado, si necesita más espacio, con la información, firma y fecha.

Primer nombre: Si es diferente al empleado) Nombre, inicial del segundo nombre	N.º de Seguro Social	Fecha de Nacimiento:	Relación con usted					Tipo de plan		Sexo (M o F)	Marque si es discapacitado	Nombre del Médico/ Identificación del médico Sólo para planes HMO	Dependiente				Origen étnico opcional Encierre en un círculo todas las opciones que corresponden
			Cónyuge (C)	Hijo (H)	Conviviente (Conv.)	Hijo del Conv. (HConv.)	Otro (O)*	Salud	Visión				Paciente Existente: (S/No)	Usted lo apoya financieramente	Es un estudiante	Vive con usted	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A N C H I B	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A N C H I B	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A N C H I B	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A N C H I B	

Liste el nombre de cada dependiente mencionado anteriormente que está casado o tiene hijo(s) dependientes o vive fuera de Florida.

*Si indicó "O" en Relación a usted" anteriormente, explique:

Sección F: Otra información de salud Esta sección debe ser completada por motivos de proceso de reclamaciones e **Información de cobertura previa**

¿Además de esta póliza, usted o su(s) dependiente(s) tiene(n) alguna otra cobertura (incluyendo planes de Florida Blue y/o Truli for Health) que entrarán en vigencia después de que esta cobertura comience? Sí No

Florida Blue y/o Truli for Health Contrato N.º _____ Medicare N.º _____ Farmacia /Medicare D N.º _____

Complete lo siguiente sólo si es la primera vez que usted o sus dependientes: (1) se inscribe(n) para un seguro de salud con este empleador; (2) actualmente tiene(n) cobertura de salud; y/o (3) tiene(n) alguna cobertura de salud en los últimos 12 meses que esta cobertura está reemplazando O puede(n) adjuntar un Certificado de cobertura acreditable.

Nombre de la Aseguradora de Salud Anterior:		N.º de contrato:	Fecha de inicio:
Fecha anterior de contratación del empleado:	Fecha de cancelación:	Enumere los nombres de todos los miembros de su familia que estuvieron cubiertos, incluido usted:	
Firma:			Fecha:

Sección G: Aceptación de los beneficios

Términos de cobertura

Por la presente solicito la cobertura/membresía seleccionada en este formulario. Mi empleador seleccionó cobertura de salud y/o para la vista a través de Florida Blue y/o cobertura HMO a través de Florida Blue HMO y/o Truli for Health.

Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos el monto de mi prima, de haber alguna. Entiendo lo siguiente:

1. Si mi cobertura/membresía va a ser emitida y continuada, debo reunir todos los requisitos del contrato de grupo;
2. Si la cobertura/membresía de mis dependientes, de haber alguna, va a ser emitida y continuada, mis dependientes deben reunir todos los requisitos del contrato de grupo;
3. Si debo pagar parte o toda la prima, la cobertura/membresía no será efectiva hasta que Florida Blue, Florida Blue HMP y/o Truli for Health acepte la solicitud y asigne una fecha de entrada en vigencia.

Entiendo que la membresía concedida a las personas aquí mencionadas estará sujeta a todas las disposiciones y limitaciones del contrato de grupo.

Tengo en cuenta que un cambio en la cobertura de los dependientes puede afectar la cantidad deducida de cualquier salario (de haber alguno) para la cobertura/membresía, membresía, y por la presente autorizo a dicho cambio.

Si me inscribo en un plan de salud con un deducible alto designado para usar con una Cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA) bajo la sección 223 del Código de servicio de rentas internas, reconozco y autorizo a Florida Blue y/o Truli for Health a intercambiar cierta información limitada que obtenga mediante esta solicitud con sus socios financieros preferidos para propósitos de inscripción inicial al seguro y de administración de las HSA.

Comprendo que si me inscribo en un plan de salud con un deducible alto que califique para una HSA y elijo recibir Crédito de la miembrora anterior (Prior Carrier Credit) bajo la ley de Florida, es posible que mi plan ya no califique como un plan compatible con una HSA.

Términos generales

ACEPTO que en el evento de cualquier controversia o disputa entre Florida Blue, Florida Blue HMO y/o Truli for Health, yo y mis dependientes debemos agotar el recurso de apelación y/o proceso de reclamación emitido en mi folleto de beneficios.

Entiendo que mi empleador no es un agente de Florida Blue, Florida Blue HMO y/o Truli for Health. También entiendo que mi empleador es responsable por notificar a todos los empleados acerca de: 1. Fechas de inicio; 2. Todas las fechas de terminación; 3. Cualquier conversión, derechos y responsabilidades de COBRA o ERISA; y 4. Todos los demás asuntos pertinentes a la cobertura/membresía bajo el contrato de grupo.

Cuando se haga un pago en exceso, autorizo a Florida Blue y/o Florida Blue HMO y/o Truli for Health a recuperar ese exceso de cualquier persona o entidad que lo recibió.

Reconozco que la cobertura de Florida Blue, Florida Blue HMO y/o Truli for Health está condicionada a la divulgación completa y exacta de la información solicitada en este formulario.

Reconozco que si solicito más adelante cobertura/membresía a Florida Blue, Florida Blue HMO y/o Truli for Health, puede que no esté disponible hasta el próximo período anual de inscripción abierta o hasta el próximo período de inscripción especial.

Certifico que las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y completas según mi leal saber y entender.

Entiendo y acepto que cualquier información falsa, omisión, ocultamiento de hechos, o declaración incorrecta puede tener como resultado la denegación de beneficios o la cancelación de la cobertura o membresía. Acepto los términos y condiciones del contrato de grupo.

Entiendo que toda persona que, con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, ofrece seguro de salud y de la vista. Health Options, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue HMO y/o BeHealthy Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Truli for Health, ofrecen cobertura HMO. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.