

# Carolina ADVANTAGE

## Formulario de cambio y solicitud de inscripción

### Instrucciones importantes

La cobertura no entra en vigencia bajo ninguna circunstancia hasta que una solicitud haya sido aprobada por BlueChoice HealthPlan.

- Complete en letra de imprenta o a máquina.
- La solicitud se debe completar en su totalidad y firmar donde se indica.
- El Departamento de Servicios a los Miembros de BlueChoice HealthPlan debe recibir la solicitud completa en un plazo de 30 días de la fecha de la firma y se debe enviar a BlueChoice HealthPlan, Membership Department, AX-425, P.O. Box 6170, Columbia, S.C. 29260-6170.

### INSTRUCCIONES PARA DESIGNACIONES DE VARIOS BENEFICIARIOS

- A. Si se designará a una mujer casada como beneficiaria, indique su nombre completo (por ejemplo: Mary R. Doe, no Sra. John Doe).
- B. Si se designan dos o más beneficiarios, las utilidades se distribuirán en forma equitativa, a menos que el asegurado indique que se distribuya de manera diferente.
- C. Si se designa a un menor o a una persona mentalmente incompetente como beneficiario, será necesario que un tribunal designe a un tutor legal antes de que se puedan distribuir las utilidades.
- D. Si no se designan beneficiarios, o no existe ningún beneficiario sobreviviente al momento de fallecimiento del asegurado, las utilidades se pagarán a los herederos del asegurado.
- E. Beneficiario principal: persona que recibirá las utilidades del seguro de vida, si vive, al momento de fallecimiento del asegurado. Beneficiario contingente: persona que recibirá las utilidades del seguro de vida, si no vive ningún beneficiario principal al momento de fallecimiento del asegurado.



**BlueChoice<sup>®</sup>  
HealthPlan**

South Carolina

Concesionario independiente de  
Blue Cross and Blue Shield Association



**E. OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO**

¿Está usted o alguno de sus dependientes cubiertos por esta política inscrito en Medicare?  Sí  No No. de HIC o No. de póliza: \_\_\_\_\_  
 En caso afirmativo:  Medicare A – Fecha de vigencia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Medicare B – Fecha de vigencia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Nombre de la o las personas: \_\_\_\_\_ Nombre de la o las personas: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna persona cubierta por esta póliza alguna otra cobertura de salud, dental o de medicamentos?  Sí  No En caso afirmativo, complete esta sección.  
 Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ No. de la tarjeta de identificación: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ No. de póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
 Indique todas las personas cubiertas: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 Indique el tipo de servicios cubiertos por esta póliza:  Hospital  Médicos/Médica  Medicamentos recetados  Dental

**F. LA INFORMACIÓN DE SALUD DEBE SER COMPLETADA POR TODOS LOS EMPLEADOS**

- Responda las siguientes preguntas para usted o cualquiera de sus dependientes que solicitan cobertura:
- a. ¿Ha gastado alguna persona más de \$2,500 por concepto de gastos médicos en los últimos 12 meses?  Sí  No
  - b. En los últimos tres años, ¿se le ha negado un seguro a alguien por razones de salud o se le ha emitido un anexo de exclusión?  Sí  No
  - c. ¿Está usted o su cónyuge embarazada? En caso afirmativo, indique la fecha de parto prevista: \_\_\_\_\_.  Sí  No
  - d. ¿Existen antecedentes de infertilidad, complicaciones de embarazo, partos múltiples, nacimiento prematuro o recién nacidos enfermos?  Sí  No
  - e. ¿Está alguna persona actualmente discapacitada o no activa en el trabajo?  Sí  No
  - f. ¿Alguna de las personas que se inscribirá ha tomado medicamentos recetados en los últimos 12 meses?  Sí  No
  - g. En los últimos 10 años, ¿alguna persona ha estado hospitalizada, se ha sometido a cirugía, consultado o recibido tratamiento por un médico debido a una lesión o enfermedad que no sea influenza, gripe, dolor de garganta o chequeos de rutina?  Sí  No
  - h. ¿Ha utilizado alguna persona alguna forma de tabaco o sustituto de la nicotina en los últimos 12 meses?  Sí  No

**Si respondió sí a alguna de las preguntas anteriores, indique las fechas y los detalles a continuación en la siguiente sección.  
 TAMBIÉN SE DEBEN COMPLETAR DECLARACIONES DE SALUD POR SEPARADO PARA GRUPOS CON 2 A 19 EMPLEADOS ELEGIBLES.**

**G. DETALLES DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del paciente	Nombre, dirección y No. de teléfono del médico	Enfermedad	Fechas	Tratamiento/medicamento	Resultados/pronóstico
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO**

Por el presente, autorizo la divulgación de cualquier información médica o no médica sobre mí o mis dependientes inscritos por una compañía de seguros, profesional médico, institución médica u otro proveedor de atención de salud relacionada con el diagnóstico, tratamiento o pronóstico de cualquier condición de salud, incluida drogadicción o alcoholismo. Esta autorización de divulgación de mi (nuestra) información pasada, presente y futura, incluidas reclamaciones de Medicare Partes A y B, es para fines de determinación de elegibilidad para cobertura o revisión o investigación de una reclamación. Entiendo que los beneficios para los que soy (somos) elegibles son aquellos informados en el contrato de grupo entre BlueChoice HealthPlan y mi empleador. Asimismo, entiendo que mi cobertura se puede anular o terminar o las reclamaciones se pueden rechazar si se han efectuado declaraciones falsas sustanciales en esta solicitud sujeto a la Disposición de límite de tiempo sobre ciertas defensas o incontestabilidad. Todas las declaraciones aquí efectuadas son exactas y verdaderas a mi leal saber y entender.

HE LEÍDO Y ENTIENDO A CABALIDAD ESTA SOLICITUD DE SEGURO EN SU TOTALIDAD.

Firma del postulante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## EL AVISO GENERAL DE LIMITACIÓN DE CONDICIÓN PREEXISTENTE SE APLICA EXCLUSIVAMENTE A LOS BENEFICIOS MÉDICOS DE BLUECHOICE HEALTHPLAN

Este plan puede contener una exclusión de condición preexistente. Esto significa que si usted tiene una condición, ya sea física o mental, independientemente de su causa, para la cual se ha recomendado o recibido consejo médico, diagnóstico, atención o tratamiento dentro del periodo de seis meses que finaliza en la fecha de inscripción, podría tener que esperar un periodo antes de que el plan le proporcione cobertura para dicha condición. Este periodo de seis meses finaliza el día antes de la entrada en vigencia de su cobertura (la fecha de vigencia) o, si estaba en un periodo de espera para cobertura, el día antes del comienzo del periodo de espera (la fecha de inscripción), lo que ocurra primero. La exclusión de condición preexistente no se aplica al embarazo ni a un niño que se inscriba en el plan en un periodo de 31 días después de su nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Esta exclusión no se extiende más allá de doce meses sin atención médica, tratamiento o insumos que finalizan después de la fecha de vigencia de la cobertura o doce meses después de la fecha de inscripción, lo que ocurra primero, o dieciocho meses después de la fecha de inscripción en caso de un inscrito tardío. Sin embargo, usted puede disminuir la duración de este periodo de exclusión por la cantidad de días de su "cobertura acreditable" anterior. La mayoría de la cobertura de salud es cobertura acreditable y se puede utilizar para reducir la exclusión de condición preexistente si usted no ha tenido una interrupción en la cobertura de al menos 63 días. Para disminuir el periodo de exclusión de 12 meses (ó 18 meses) por su cobertura acreditable, debe hacernos entrega de una copia de los certificados de cobertura acreditable que tenga. Si no tiene un certificado, pero ha tenido cobertura médica anterior, le ayudaremos a obtener uno de su plan o emisor anterior. Existen además otras formas de demostrar que usted tiene cobertura acreditable. Comuníquese con nosotros si necesita ayuda para demostrar una cobertura acreditable.

Todas las preguntas acerca de la exclusión de condición preexistente y cobertura acreditable se deben enviar a:

BlueChoice HealthPlan  
Departamento de Servicio a los Miembros  
Post Office Box 6170  
Columbia, SC 29260-6170  
o bien, llame al  
1-866-858-3272  
o al 803-382-5025 en Columbia

## DESCRIPCIÓN DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIALES

Si rechaza su inscripción o la inscripción de sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a que posee otra cobertura de seguro de salud, en el futuro pueden inscribirse usted o sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al término de su otra cobertura. Además, si tiene dependientes nuevos por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedan inscribirse usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a dicho matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.



**BlueChoice<sup>®</sup>**  
**HealthPlan**  
South Carolina

