

www.BlueChoiceSC.com

| | | | |
|--|---|---|---|
| Nueva inscripción <input type="checkbox"/> Fecha de vigencia: _____ | Cambio <input type="checkbox"/> Fecha de vigencia: _____ | Producto – Advantage <input type="checkbox"/> Advantage Plus <input type="checkbox"/> BlueChoice POS <input type="checkbox"/> Primary Choice <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Opción baja <input type="checkbox"/> Opción alta <input type="checkbox"/> HDHP |
|--|---|---|---|

A. COMPLETE SI EFECTÚA UN CAMBIO

CAMBIO DE INSCRIPCIÓN DEBIDO A:

| | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Matrimonio | <input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción | <input type="checkbox"/> Despido | <input type="checkbox"/> Postulante a COBRA | <input type="checkbox"/> Divorcio |
| <input type="checkbox"/> Muerte | <input type="checkbox"/> Cambio de médico | <input type="checkbox"/> Cambio de dirección | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

NO. GRUPO: _____

B. DEBE SER COMPLETADA POR TODOS LOS EMPLEADOS

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|------------------|---|---|---|---|
| 1. Empleado activo <input type="checkbox"/> | COBRA <input type="checkbox"/> | Jubilado <input type="checkbox"/> | TIPO DE CONTRATO | Empleado solamente <input type="checkbox"/> | Empleado/cónyuge <input type="checkbox"/> | Empleado/hijos <input type="checkbox"/> | Empleado/cónyuge/hijos <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|------------------|---|---|---|---|

| | | | | | |
|--|------------------------|--------|-------------------|---------------------------------------|---|
| 2. No. de seguro social ____ - ____ - _____ | 3. Empleado – Apellido | Nombre | Inicial 2º nombre | Fecha de nacimiento MM - DD - AAAA | Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> |
|--|------------------------|--------|-------------------|---------------------------------------|---|

| | | | | |
|---------------------|------------------|--------|--------|---------------|
| 4. Dirección postal | Calle o P.O. Box | Ciudad | Estado | Código postal |
|---------------------|------------------|--------|--------|---------------|

| | | |
|--|---|----------------------------------|
| 5. Teléfono residencial ____ - ____ - _____ | Teléfono del trabajo ____ - ____ - _____ | 6. Dirección correo electrónico: |
|--|---|----------------------------------|

| | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------|
| 7. Nombre del empleador: | 8. Fecha de contratación: | 9. No. de depto.: |
|--------------------------|---------------------------|-------------------|

C. COMPLETE PARA TODOS LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE SE INSCRIBIRÁN O SE VERÁN AFECTADOS POR EL CAMBIO

Indique todos los integrantes de la familia que se inscribirán o se verán afectados por el cambio. No use apodos. Se requiere verificación de estudiante para hijos mayores a la edad elegible para hijos dependientes.

| Apellido | Nombre | Inicial 2º nombre | Sexo | Fecha de nacimiento Mes Día Año | Número de seguro social |
|-----------------|--------|-------------------|------|------------------------------------|-------------------------|
| USTED MISMO: | | | | | |
| Cónyuge/pareja: | | | | | |
| Hijo: | | | | | |
| Hijo: | | | | | |
| Hijo: | | | | | |
| Hijo: | | | | | |

D. OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO

¿Tiene usted, su cónyuge o sus dependientes cobertura de Medicare o algún otro seguro de salud? Sí No En caso negativo, no complete esta sección.

| Nombre de la persona cubierta | Nombre de la compañía de seguros de salud | No. de póliza / No. de HIC | Fecha de vigencia | Empleador del titular de la póliza |
|-------------------------------|---|----------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | | |

E. COMPLETE PARA VIDA Y/O DISCAPACIDAD Cobertura proporcionada por Companion Life Insurance Company

Companion Life es una compañía de seguros de vida independiente que no proporciona productos o servicios BlueChoice HealthPlan. Companion Life es exclusivamente responsable.

| | | |
|--|--|--|
| Tipos y montos de la cobertura de seguro de vida deseada <input type="checkbox"/> Vida _____ Complementario <input type="checkbox"/> AD&D _____ <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Vida para dep. _____ <input type="checkbox"/> AD&D _____ <input type="checkbox"/> STD _____ <input type="checkbox"/> Vida para dep. _____ <input type="checkbox"/> LTD _____ | Ingresos (Marque uno) <input type="checkbox"/> Bimestral \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Mensual (Monto) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Anual | Clase de vida Nombre completo (Apellido, Nombre, Inicial 2º nombre): _____ Relación _____ Beneficiario(s) principal(es): _____ Beneficiario(s) contingente(s): _____ <small>*VEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO PARA LA DESIGNACIÓN DE VARIOS BENEFICIARIOS*</small> |
|--|--|--|

F. COMPLETE PARA COBERTURA DENTAL Cobertura proporcionada por BlueCross BlueShield of South Carolina

BlueCross BlueShield of South Carolina es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

La cobertura dental es para: Empleado Empleado/cónyuge Empleado/hijos Empleado/cónyuge/hijos

¿Tiene cobertura de otro seguro dental? Sí No Si se solicita cobertura para el/la cónyuge, ¿tiene su cónyuge cobertura de otro seguro dental? Sí No

G. DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO DEL EMPLEADO

He leído el reverso de este formulario y estoy de acuerdo con sus disposiciones. He leído y comprendo este formulario en su totalidad.

FIRMA: _____ FECHA: _____

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.

EL AVISO GENERAL DE EXCLUSIÓN 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 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 a cerca 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
1-800-868-2528
o al 803-382-5025 en Columbia

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por el presente, autorizo la divulgación de cualquier información médica o no médica sobre mí o mis dependientes inscritos por una compañía de seguros, institución médica u otro proveedor de atención de salud. Esta autorización de divulgación de mi (nuestra) información, que incluirá reclamaciones médicas, es para fines de determinación de elegibilidad o revisión/investigación de una reclamación presentada ante BlueChoice HealthPlan.

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.