



# Solicitud para Inscripción de Grupo o Cambios

VEA LAS INSTRUCCIONES NUMERADAS AL  
DORSO DE ESTE FORMULARIO

1 Apido del Empleado Primer Nombre Segundo Nombre (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)		# de Seguro Social o Identificación		Fecha Contratación/Recontratación		Fecha En Vigencia	
Domicilio Postal		Ciudad		Estado		Código Postal	
Empleador		Número de Grupo		Puesto		Horas Trabajadas por Semana	
Domicilio Particular		Ciudad		Estado		Código Postal	
Número de Teléfono del Trabajo		Número de Teléfono Particular		Correo Electrónico		Estado Civil	
						<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado	

2 Nueva Inscripción? Si la respuesta es sí, escoja uno:  
 Nueva (vea #4)  Re-Inscripción (vea #4)  Cambio de Inscripción (vea #4)  Inscripción Especial (explique) \_\_\_\_\_

3 Algún cambio de Cobertura y Contrato? Si la respuesta es sí, escoja todo lo que corresponda:  
 Inscrito en Medicare  Terminación de Medicare (circule uno): Parte A Parte B Ambas  Otros cambios de Medicare (explique) \_\_\_\_\_  
 Terminación de Contrato\*  Añadir o Dar de Baja Dependientes\* (Señale todos sus cambios en el #5)  Cambio de Nombre\*  Cambio de Domicilio  Cambio de Médico (PCP)

\*Motivos del Cambio (circule uno): Matrimonio Divorcio Nacimiento Adopción Fallecimiento Otro (explique) \_\_\_\_\_

FECHA DE CAMBIO DE COBERTURA Y CONTRATO: \_\_\_\_\_ (la fecha está sujeta a aprobación y a elegibilidad)

4 Opción de Plan Médico (si la opción es ofrecida, usted DEBE elegir UNO solamente.)				Tipo de Cobertura Médica (si corresponde)	
<input type="checkbox"/> HMO Blue	<input type="checkbox"/> BlueEdge	<input type="checkbox"/> BluePPO Evolution	<input type="checkbox"/> Continuación de seis meses	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge
<input type="checkbox"/> HMO Blue Alternatives	<input type="checkbox"/> BlueSecure	<input type="checkbox"/> Blue PPO	<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Empleado e Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Familia
<input type="checkbox"/> HMO Blue Options	<input type="checkbox"/> BlueNet EPO	<input type="checkbox"/> Blue PPO Options	<input type="checkbox"/> Grupo Secundario a Medicare	<input type="checkbox"/> Empleado e Hijos(as)	
	<input type="checkbox"/> BlueNet "H" EPO	<input type="checkbox"/> Blue PPO Plus	<input type="checkbox"/> Otro (explique) _____		

5 Relacione todos los miembros por añadir o dar de baja			Añadir o Dar de Baja (A/B)	Relación	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Médico General Primario (PCP) (sólo para miembros de HMO**)	PCP#	Paciente actual? Sí No
Apellido	Nombre	Inicial		UNO MISMO					
Empleado									
Cónyuge Legal									
Número de Seguro Social de cónyuge									
Dependiente Legal									
Dependiente Legal									
Dependiente Legal									
Dependiente Legal									

NOTA: Si uno de los hijos dependientes es mayor de edad, indique si es elegible por ser estudiante o por algún motivo de incapacidad. Llene un formulario de certificación (vea al dorso). Si su cónyuge tiene un apellido diferente al suyo, marque la sección correspondiente (si es cónyuge en concubinato, provea una declaración jurada):  
 Concubinato  La esposa conserva nombre de soltera o nombre profesional. **Vea instrucciones adicionales en la parte posterior referente a la documentación legal requerida para adopciones, divorcios, órdenes judiciales, matrimonios, etc.**

\*\*Todos los miembros de HMO DEBEN seleccionar un Médico General Primario; los miembros de HMO que no lo hagan, sólo tendrán cobertura para emergencias en situaciones de vida o muerte.

6 Con Seguro Médico ACTUALMENTE: ¿Está cualquier persona mencionada anteriormente cubierta bajo cualquiera de las siguientes formas? Si la respuesta es sí le enviaremos un cuestionario sobre Otra Cobertura para llenar.  
 ¿Tiene otra cobertura médica de GRUPO, programa gubernamental o HMO?  Sí  No ¿Tiene cobertura NO DE GRUPO?  Sí  No ¿Tiene MEDICARE?  Sí  No  
 Si usted o alguno de sus dependientes es cubierto por Medicare o ha tenido algún cambio en sus derechos a Medicare proporcione la siguiente información (también vea el #2):

Nombre Que Usa en Medicare	Parte A Fecha en Vigencia	Parte B Fecha en Vigencia	No. de Seguro Social	Número HIC	Reclamo Seguro Médico	Razón(es) para Tener Derecho
						<input type="checkbox"/> 65 años de edad <input type="checkbox"/> ESRD* <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> ESRD & Inc. <input type="checkbox"/> 65 años de edad <input type="checkbox"/> ESRD <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> ESRD & Inc.

\*Enfermedad Renal de Etapa Final

7 Seguro Médico ANTERIOR: Si usted o sus dependientes estuvieron cubiertos bajo otro plan médico en los últimos meses, por favor llene la información de abajo e incluya un certificado de cobertura de cuidado médico acreditable de su compañía de seguros anterior:

Nombre	Fecha de Inicio de la Cobertura Anterior	Pagado a la Fecha	Tipo (Familiar, Individual)	Patrocinado por Empleador Cobertura de Grupo Anterior	Compañía Aseguradora Anterior

8 AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO PARA DEDUCCIÓN DE NÓMINA DE PAGO Y CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTE: Yo solicito la cobertura ofrecida a mí y a mis dependientes indicados arriba y autorizo a mi empleador a deducir periódicamente de mis ganancias, hasta que yo indique lo contrario, cantidades iguales a las contribuciones requeridas. Entiendo que los servicios estarán disponibles sujeto a las exclusiones, limitaciones, y condiciones descritas en el certificado de miembro del grupo y folleto de beneficios. Yo certifico que la información anterior es correcta a mi mejor saber y entender. También certifico que los menores mencionados arriba dependen de mí para más del 50 por ciento de su manutención en una relación normal de padre e hijo.

FIRMA DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

<b>Sólo para Uso de la Oficina</b>	UW							
	Date Received	Date Processed	<input type="checkbox"/> Contract	<input type="checkbox"/> Dependent	Change Code	Effective Date		
	Cert./I.D. No.	Group No.	BCBS ED	Contract Code				

White Copy  Membership Accounting

Yellow Copy  COB

Pink Copy  Group

## Instrucciones para la Solicitud de Inscripción de Grupo o Cambios

Por favor siga estas instrucciones cuidadosamente para asegurarse de que se ha incluido toda la información necesaria en su solicitud. Las solicitudes incompletas retrasarán el trámite.

- ❶ Llene la información relacionada con el empleado al principio del formulario: nombre, número de seguro social o de identificación, fecha de contratación o de recontractación, número de grupo (si corresponde), etcétera. **POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE.**
- ❷ Si usted se está inscribiendo para cobertura, indique si es usted un nuevo solicitante, si se está inscribiendo nuevamente o si está cambiando a un producto diferente ofrecido por su grupo. Si usted está cubierto actualmente y está solicitando un cambio, continúe a la Sección #3.
- ❸ Si está solicitando un cambio en su cobertura actual o está cambiando la información sobre Medicare que nosotros tenemos archivada sobre usted o algún miembro de su familia, indique el tipo de cambio (por ejemplo, terminación, cambio de nombre, el añadir un dependiente). Indique la fecha solicitada para que se lleve a cabo el cambio en su cobertura y la razón para dicho cambio (cuando corresponda). Por ejemplo, si usted está añadiendo o dando de baja a un dependiente, indique la fecha cuando dicha persona comenzó a ser su dependiente (por ejemplo, fecha de nacimiento, adopción, o matrimonio) o proporcione la fecha en la cual el dependiente perdió su elegibilidad (por ejemplo, por razones de matrimonio o divorcio.)
- ❹ Las opciones de cobertura varían de un empleador a otro. Por favor revise la información en sus materiales de inscripción o verifique con su coordinador de beneficios para asegurarse de que entiende bien la cobertura disponible a través de su grupo.

Si su empleador le ha ofrecido opciones de planes de seguro médico (por ejemplo, entre un plan HMO y un plan de indemnización), usted debe indicar cuál de los planes está seleccionando.

Si usted es elegible para recibir Medicare y su empleador ofrece un plan "secundario a Medicare," indique su elegibilidad por el plan aquí. (Nota: Empleadores con 20 ó más empleados deben ofrecer la misma cobertura de beneficios a sus empleados y sus cónyuges de 65 años de edad o mayores que le ofrecen a los empleados y sus cónyuges más jóvenes. En estos casos, usted puede aceptar o rehusar el plan médico regular de su empleador. Sin embargo, si lo rehusa, su empleador no puede ofrecerle una cobertura que sustituya a Medicare.)

Indique el tipo de cobertura de cuidado médico que usted desea. (Nota: No todas las coberturas ni todos los tipos de coberturas están disponibles para usted. Verifique con su coordinador de beneficios.)

- ❺ Escriba su nombre, relación, sexo y fecha de nacimiento y la de sus dependientes, si corresponde. Cualquier dependiente que no haya sido mencionado no tendrá derecho a los beneficios. Para algunos grupos para que un(a) hijo(a) mayor de 19 años de edad sea elegible, debe ser un estudiante de tiempo completo en una institución educativa acreditada o debe ser incapaz de mantenerse a sí mismo debido a una incapacidad física o mental. Para otros grupos, los dependientes son elegibles hasta la edad de 24 años (a fin de mes). Si usted incluye un dependiente mayor de 19 años de edad, le enviaremos el formulario de certificación apropiado para que lo llene. Si el formulario no está lleno y aprobado, los hijos que sobre pasan la edad límite no recibirán cobertura. Las personas que Cohabitan en matrimonio sin estar legalmente casados no son reconocidas en el estado de Nuevo México. Sin embargo, una pareja que cohabita sin estar casados puede que sea considerada como cónyuge si el matrimonio fue establecido en una jurisdicción que reconoce como matrimonio válido una unión de concubinato. Debe proveer algún comprobante del contrato del otro estado. Si está inscribiendo a un dependiente con apellido diferente o si está añadiendo a un dependiente que no es su hijo natural recién nacido, usted debe proveer documentación que establezca la dependencia del niño o del cónyuge (por ejemplo, acta de matrimonio, comprobante de adopción o documentos jurídicos.) Si está dando de baja a un cónyuge por razones de divorcio, debe proporcionar una copia del acta de divorcio.

Si está añadiendo o dando de baja a un dependiente, incluya el nombre del miembro en la columna "Añadir/Dar de Baja": "A" si está añadiéndolo y "B" si está dándolo de baja.

Para miembros de HMO solamente: Usted debe seleccionar un Médico General Primario (PCP) de la lista proporcionada por HMO New Mexico. Los miembros que no seleccionen un médico (PCP) tendrán cobertura solamente para casos de emergencia en situaciones de vida o muerte. Marque "sí" o "no" si usted o sus dependientes son o no un paciente actual del médico seleccionado.

- ❻ Proporcione la información solicitada a usted y a sus dependientes que tengan cobertura de seguro individual o de grupo a través de una agencia gubernamental o Medicare, o por alguna continuación de cobertura (por orden federal o estatal) o por política de un empleador anterior. Si usted indica otra cobertura, le enviaremos un cuestionario sobre Otra Cobertura para llenar.
- ❼ Si usted o sus dependientes estaban cubiertos bajo otro plan médico en los últimos meses pero esa cobertura terminará al momento en que se espera que esta cobertura empiece su vigencia, provea la información solicitada.
- ❽ Firme y ponga la fecha en su solicitud antes de enviarla a su coordinador de beneficios.

**CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS SOMETA UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE PÉRDIDA DE BENEFICIOS O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD PARA SEGURO, SERÁ CULPABLE DE UN CRIMEN Y PODRÁ ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y PENAS CRIMINALES.**