

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL CON
RENOVACIÓN ANUAL Y SEGURO MÉDICO INDIVIDUAL**



**BlueCross BlueShield
of New Mexico**



**FORT DEARBORN LIFE
INSURANCE COMPANY**

Para ayudarnos a procesar su solicitud rápidamente, recuerde:

- Escriba todas las respuestas en letra imprenta y con **tinta negra**. No se aceptarán respuestas escritas con lápiz.
- Asegúrese de firmar personalmente la solicitud como Solicitante principal.
- Si su cónyuge o dependiente(s) de 18 años de edad o más también solicita(n) cobertura, haga que firme(n) personalmente sobre la línea correcta.
- Si es necesario corregir algún error, simplemente tache lo que es incorrecto y escriba sus iniciales al lado de la información correcta. No utilice líquido corrector.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA CENTRAL

CWA: _____

PARTE UNO Marque uno: Póliza nueva Agregar dependiente Actualizar/Aumentar beneficios

SECCIÓN A: PERSONA(S) QUE SOLICITA(N) COBERTURA (escriba en letra imprenta)

Además de residir en forma permanente en Nuevo México, todas las personas que soliciten cobertura deben ser ciudadanas de Nuevo México durante al menos 6 meses al año. Todas las demás personas no son elegibles para recibir cobertura.

Si sólo presenta una solicitud para un niño (en la póliza no figurará ningún adulto), usted debe ser el padre, custodio o tutor legal del niño. Complete este formulario para el niño como Solicitante principal. Los niños son elegibles después de la primera visita postnatal si no hay ningún problema médico relevante.

SOLICITANTE PRINCIPAL

Nombre, inicial del segundo nombre, apellido		Nro. de Seguro Social - -		Sexo (m/f) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Fecha de nacimiento (mes/día/año) / /	Altura (pies, pulgadas)	Peso (libras)
Nro. de teléfono personal ()	Nro. de teléfono comercial ()	Nro. de fax (si corresponde) ()		Ocupación/Tarea		Nro. de teléfono comercial del cónyuge () (si solicita cobertura)		
Domicilio de residencia				Ciudad / Estado / Código postal			Condado	
Correo electrónico (si corresponde)						Lugar y hora ideal para llamar (si fuese) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo <i>necesario</i> <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche		

CONYUGE LEGAL e HIJOS DEPENDIENTES QUE USTED DESEA INCLUIR EN LA COBERTURA (los hijos dependientes deben ser menores de 25 años y solteros)

NOMBRE: Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	RELACIÓN (cónyuge o hijo)	SEXO	ALTURA (pies, pulgadas)	PESO (libras)	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	NRO. DE SEGURO SOCIAL
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /	- -
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /	- -
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /	- -
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /	- -
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /	- -

SECCIÓN B: COBERTURA SOLICITADA PARA (elija sólo un plan)

Plan A de BlueDirect® Elija uno de los siguientes deducibles:
 \$100 \$250 \$500 \$1,000

Plan C de BlueDirect® Elija uno de los siguientes deducibles:
 \$500 \$1,000 \$2,000 \$5,000

Plan B de BlueDirect® Elija uno de los siguientes deducibles:
 \$250 \$500 \$1,000 \$2,000 \$5,000

HSA de BlueEdgeSM Elija el nivel y el banco a continuación:
A) Nivel: Básico Mejorado Superior
B) Banco: Mellon Otro

SECCIÓN C: INFORMACIÓN SOBRE FACTURACION

NOTA: No cancele ninguna cobertura actual que tenga. Espere la decisión final de BCBSNM sobre su solicitud.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA SOLICITADA Fecha: ____/____/____ (Nota: no puede ser el día 29, 30 ó 31)
mes día año

SE ADJUNTA EL MONTO DE LA PRIMA: Cargo de solicitud de \$20 + Prima de \$ _____ = Total de \$ _____

El cargo no reembolsable para el procesamiento de una solicitud de póliza nueva es de \$20. **NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO.** Envíe un cheque o giro postal pagable a Blue Cross and Blue Shield of New Mexico.

MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA: Giro bancario mensual (presente el formulario de autorización junto con la solicitud y una copia de un cheque cancelado o comprobante de depósito)
 Pago directo mensual Pago directo bimensual

Nombre y dirección de facturación (si son diferentes del nombre y la dirección de residencia mencionados anteriormente)		
Nombre _____	Dirección o P.O. Box _____	
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____

PARTE DOS: EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

Se deben responder todas las preguntas médicas/de la historia clínica con respecto a todas las personas (incluso los dependientes) que solicitan cobertura.

SECCIÓN A: PREGUNTAS MÉDICAS/HISTORIA CLÍNICA

Si su respuesta es "Sí" a CUALQUIERA de las preguntas de esta página, proporcione detalles en la página siguiente. Tenga en cuenta el plazo al que se hace referencia en cada pregunta.

1. ¿Se recomendó a alguna de las personas que solicitan cobertura que reciba tratamiento por el consumo de alcohol o alguna de ellas ha sido asesorada, diagnosticada o tratada debido al consumo o abuso de alcohol, a la dependencia alcohólica o al alcoholismo? Sí No
2. ¿Alguno de los solicitantes de la cobertura ha consumido drogas o sustancias ilegales o ha sido asesorado, diagnosticado o tratado debido al consumo o la dependencia de drogas o sustancias químicas? Sí No
3. A. *Pregunta exclusiva para solicitantes y dependientes de sexo femenino:* ¿Alguna de las mujeres que solicita cobertura actualmente está embarazada? Sí No
B. *Pregunta exclusiva para solicitantes y dependientes de sexo masculino:* ¿Alguno de los hombres que solicita cobertura actualmente es un futuro padre? Sí No
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es "Sí", no se puede ofrecer cobertura.
4. **¿Alguno de los solicitantes de la cobertura ha sido asesorado, examinado, tratado, hospitalizado o ha recibido recomendaciones en los últimos 10 años sobre lo siguiente: Marque Sí o No. Si marca alguna de las casillas para indicar "Sí" (Sí), también encierre en un círculo la afección, por ejemplo, (cefaleas), y proporcione los detalles en la página siguiente.**

- A. ¿Cefaleas; dolores de cabeza; síndrome del túnel carpiano; trastornos convulsivos; parálisis; esclerosis múltiple; trastornos neurológicos o algún trastorno del sistema nervioso central? Sí No
- B. ¿Síndrome de déficit de atención; ansiedad, depresión o desequilibrio químico; trastorno conductual, emocional o alimenticio; retraso mental; trastorno bipolar o psicosis; psicoterapia; asesoramiento o terapia matrimonial o cualquier otra forma de asesoramiento o terapia? Sí No
- C. ¿Dolor de pecho o palpitaciones; soplo cardíaco; prolapso de válvula mitral; ataque cardíaco; accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (TIA), cualquier otro trastorno o afección circulatorios o cardíacos, o hipertensión/hipertensión arterial (HBP)? Sí No
Si la respuesta a HBP es "Sí", detalle 3 mediciones y sus fechas en el último año
_____ y _____
- D. ¿Venas varicosas/arañas vasculares/várices; colesterol o lípidos elevados; anemia; coágulos de sangre o cualquier otro trastorno sanguíneo? (Si la respuesta a anemia es "Sí", indique el tipo _____) Sí No
- E. ¿Asma; alergias; sinusitis; bronquitis; neumonía; tuberculosis; apnea; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD); enfisema; o una dificultad respiratoria, enfermedad, trastorno o afección pulmonares o respiratorios? Sí No
- F. ¿Hernia; colitis; diarrea crónica o problemas intestinales; hemorroides o trastorno del recto; reflujo gastroesofágico (GERD); cualquier trastorno del esófago; úlcera del estómago o duodeno, o cualquier otro trastorno o afección digestivos? (Si la respuesta a hernia es "Sí", indique el tipo _____) Sí No
- G. ¿Alguna enfermedad o trastorno de la vesícula biliar, el páncreas o hígado; incremento en las pruebas de las funciones hepáticas; cirrosis; hepatitis? (Si la respuesta a hepatitis es "Sí", indique el tipo _____) Sí No
- H. ¿Cáncer; tumor; crecimientos; quistes; pólipos; nódulos linfáticos agrandados; leucemia? (Si la respuesta es "Sí", indique el diagnóstico y la localización _____) Sí No

- I. ¿Acné; queratosis; psoriasis; carcinoma de células basales; lesiones de la piel o la boca o cualquier otro trastorno dermatológico? Sí No
- J. ¿Cálculos renales; reflujo; incontinencia urinaria o cualquier infección o trastorno del tracto urinario, la vejiga o los riñones? Sí No
- K. ¿Quiste o nódulo mamario; ginecomastia; enfermedad mamaria fibroquística; implantes mamarios o cualquier otro trastorno o enfermedad mamarios? Sí No
- L. ¿Artritis (osteoartritis, artritis reumatoidea, artritis psoriásica); bursitis; discos herniados, protuberantes o dislocados; gota; disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ); cualquier lesión, enfermedad o trastorno de la columna vertebral, la espalda, las rodillas, la mandíbula, los huesos, los músculos o las articulaciones; juanetes; reemplazo de articulaciones; o quiropraxia? Sí No
- M. ¿Trastorno de la tiroides; bocio; enfermedad de Graves; diabetes; glucemia elevada; lupus; trastorno de la glándula pituitaria o glándula suprarrenal? (Si la respuesta a trastorno de la tiroides es "Sí", indique el tipo _____) Sí No
- N. ¿Cataratas; glaucoma; pérdida de la audición; tabique nasal desviado; o cualquier trastorno de ojos, oídos, nariz o garganta? Sí No
- O. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); complejo relacionado con el SIDA (ARC); VIH positivo u otros trastornos inmunológicos? Sí No
- P. *Pregunta exclusiva para solicitantes y dependientes de sexo masculino*
¿Trastorno de la próstata; antígeno específico de la próstata elevado (PSA); enfermedad de transmisión sexual; verrugas genitales; herpes; impotencia; infertilidad o cualquier otro trastorno o enfermedad del sistema genital o reproductor? Sí No
- Q. *Pregunta exclusiva para solicitantes y dependientes de sexo femenino*
¿Fibroma o tumor uterino; quiste de ovario; endometriosis; cistocele/rectocele; examen de Papanicolaou anormal; infertilidad; enfermedad de transmisión sexual; verrugas genitales; herpes; o cualquier otro trastorno o enfermedad del sistema genital o reproductor? Sí No

LA PREGUNTA CONTINUA A LA DERECHA

5. ¿Usted, su cónyuge o un hijo de 18 años o más ha fumado o consumido algún producto relacionado con el tabaco, como cigarrillos, pipas, cigarros, tabaco en polvo o tabaco de mascar, en los últimos 12 meses? Usted: Sí No, Su cónyuge: Sí No, Su hijo: Sí No.
Si la respuesta es Sí, Nombre(s) _____
6. ¿A alguno de los solicitantes de la cobertura se le indicó que tomara o tomó medicamentos debido a una enfermedad, un trastorno, una afección, una lesión o debido al asesoramiento para dejar de fumar o bajar de peso en los últimos 12 meses que no se indique en otra parte de esta solicitud? Sí No
7. ¿Alguno de los solicitantes de la cobertura ha pedido opinión o ha sido asesorado para someterse a un tratamiento, un examen, un asesoramiento, una terapia o una cirugía aún no realizados? Sí No
8. ¿Alguno de los solicitantes tiene o se le ha realizado un implante (por ejemplo: mamario, de mentón o peniano), una fijación interna (por ejemplo: clavos, placas o tornillos), prótesis, marcapasos, reemplazo de válvula, dispositivo de derivación o supervisión que no se indique en otra parte de esta solicitud? Sí No

PARTE DOS: CONTINUACION

9. ¿Alguno de los solicitantes **alguna vez** fue hospitalizado o recibió tratamiento en la sala de emergencias o padeció una discapacidad física, deformación física, anomalía congénita, enfermedad, operación o lesión **que no** se indique en otra parte de esta solicitud?..... Sí No

10. A. Fecha y resultado del último examen físico, que incluye el control

Nombre _____ Fecha _____ / _____ / _____ () Normal () Anormal
mes día año

Nombre _____ Fecha _____ / _____ / _____ () Normal () Anormal
mes día año

Nombre _____ Fecha _____ / _____ / _____ () Normal () Anormal
mes día año

B. En los últimos **cinco** años, ¿alguno de los solicitantes de la cobertura obtuvo un resultado **anormal** en un examen físico, una extracción de sangre o examen de diagnóstico **que no** se indique en otra parte de esta solicitud? Sí No

C. En los últimos **cinco** años, salvo para los exámenes para pacientes sanos, ¿alguno de los solicitantes de la cobertura consultó con un proveedor de atención médica, como un médico, quiropráctico o terapeuta, que no se indique en otra parte de esta solicitud? Sí No

SECCIÓN B: DETALLES DE LA HISTORIA CLÍNICA

Si la respuesta fue “SÍ” para CUALQUIERA de las preguntas de la página anterior, proporcione información adicional utilizando el cuadro que aparece a continuación. Asegúrese de utilizar el ejemplo “correcto” como guía. (Si necesita más espacio, adjunte una página separada, firmada y fechada.)

	Número de pregunta	Persona afectada	Enfermedad, lesión, síntoma o diagnóstico			¿Se completó la recuperación?	Tipos de exámenes, tratamiento, asesoramiento dado, y medicamentos recetados	Médicos y hospitales: nombre, dirección y teléfono especialidad médica
			¿Qué es?	Fecha de inicio	Fecha de recuperación (si corresponde)			
Ejemplo correcto:	4C	Joe Smith	hipertensión arterial	6/95	ninguna	no, en curso	40mg de Atenolol una vez por día	Dr. Jones Albuquerque, NM (505) 555-1212 Medicina interna

Si uno o más miembros de la familia no son elegibles para recibir cobertura, ¿solicitaría cobertura para el(los) miembro(s) de la familia restante(s)?..... Sí No

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS

1. ¿Alguno de los solicitantes tiene actualmente o tuvo anteriormente cobertura de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, ya sea como asegurado principal o como dependiente? Sí No Si la respuesta es “Sí”, complete los siguientes datos:

Nombre del miembro _____ Nro. de miembro _____ Nro. de grupo _____

2. ¿Alguna vez se ha rechazado o diferido a alguno de los solicitantes de la cobertura, se le ha cobrado una prima adicional, se ha aplicado una cláusula a su seguro de vida, médico o por discapacidad o se le ha rescindido o cancelado alguno de estos tipos de seguro? Sí No Si la respuesta es “Sí”, explique:

NOTA: No cancele ninguna cobertura actual que tenga. Espere la decisión final de BCBSNM sobre su solicitud.

SECCIÓN D: SEGURO DE VIDA TEMPORAL INDIVIDUAL CON RENOVACIÓN ANUAL (opcional)

El seguro de vida es emitido por Fort Dearborn Life Insurance Company. Esta oferta de producto sólo está disponible si usted (o su cónyuge si solicita un seguro de vida) es aprobado para obtener un seguro médico de BCBSNM.

SOLICITANTE PRINCIPAL: Valor nominal: \$15,000 \$25,000 \$50,000 **INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO** si no es el solicitante (FIRMA requerida en la página 5):

CÓNYUGE: Valor nominal: \$15,000 \$25,000 \$50,000 Nombre y dirección de facturación: _____

MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA: Facturación anual Facturación trimestral _____

BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (El Solicitante principal es el beneficiario del seguro del cónyuge a menos que se especifique lo contrario).

Si se necesita espacio adicional para incluir información del beneficiario, adjunte una hoja a la solicitud. Firme y feche la hoja e incluya este encabezado: "10. Seguro de vida. Información del beneficiario".

Beneficiario principal: _____
Nombre Relación Fecha de nacimiento Nro. de Seguro Social

Dirección: _____
Calle Ciudad/Estado Código postal

Beneficiario secundario: _____
Nombre Relación Fecha de nacimiento Nro. de Seguro Social

Dirección: _____
Calle Ciudad/Estado Código postal

PARTE TRES

SECCIÓN A: DECLARACIONES, ACUERDO Y AUTORIZACIONES

Condiciones de la declaración médica: entiendo que el objetivo de la declaración médica es brindar a BCBSNM y a la compañía de seguros de vida Fort Dearborn Life Insurance Company (FDL) información para que puedan determinar mis aptitudes (titular) o las de mis dependientes para recibir la cobertura de beneficios médicos de BCBSNM y la cobertura de seguro de vida de FDL, y acepto que esta declaración médica formará parte de los contratos entre BCBSNM y yo, y entre FDL y yo.

Entiendo que si aprueban mi solicitud de seguro médico, no habrá ninguna cobertura para las enfermedades preexistentes durante seis meses desde la fecha de entrada en vigencia de la cobertura y que puedo presentar una prueba de cobertura acreditable anterior para reducir o eliminar este período por enfermedades preexistentes.

Autorización: entiendo que BCBSNM y FDL deben obtener información a los fines de evaluar mi solicitud de seguro y que mi autorización es voluntaria. Por lo tanto autorizo a cualquier profesional médico, hospital, clínica u otra organización o persona a entregar a BCBSNM o a FDL historias clínicas u otra información sobre el asesoramiento, la atención o el tratamiento que he recibido yo o que han recibido mis dependientes. Asimismo, autorizo a BCBSNM a revisar e investigar información en sus propios registros.

Entiendo que debo firmar esta autorización para que BCBSNM y FDL consideren mi solicitud y determinen si me ofrecerán cobertura o no y que no se tomará ninguna medida con respecto a mi solicitud sin mi autorización firmada. Entiendo que BCBSNM o FDL pueden revelar nuevamente la información obtenida con mi autorización, según lo permita o requiera la ley, y que FDL puede revelarla nuevamente a sus reaseguradores, y que es posible que dicha información ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que esta autorización es válida desde la fecha de la firma y finaliza en cualquier fecha posterior, cuando mi solicitud sea rechazada o veinticuatro meses a partir de la fecha de mi solicitud. Puedo revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento. Una autorización revocada no afecta las actividades de BCBSNM o FDL antes de recibir la revocación. Debo conservar un duplicado de esta autorización como mi copia.

En ningún caso BCBSNM o FDL deberá asumir ninguna responsabilidad antes de que una póliza entre en vigencia o con respecto a una solicitud que ha sido rechazada.

Certifico que he leído la información anterior. Certifico que entiendo y acepto que las respuestas anteriores son verdaderas y serán la base para emitir la cobertura que se solicita, y que la omisión o declaración falsa de cualquier información relevante en respuesta a las preguntas anteriores anulará mi cobertura y podrá ser la base de futuros rechazos de reclamos, cancelaciones o reforma a partir de la fecha de entrada en vigencia original, exclusivamente a criterio de BCBSNM.

Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago por una pérdida o un beneficio o que presente deliberadamente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

El abajo firmante acuerda que todo agente/productor actúa en nombre de Health Care Service Corporation (HCSC) a los fines de adquirir el seguro, y que si HCSC acepta esta solicitud y emite una póliza individual, HCSC puede pagar al agente/productor una comisión u otra compensación con relación a la emisión de dicha póliza individual. Asimismo, el abajo firmante acuerda que si se necesita información adicional con respecto a cualquier comisión u otra compensación que haya pagado HCSC al agente/productor en relación con la emisión de la póliza individual, deberá comunicarse con el agente/productor.

IMPORTANTE: su solicitud debe ser firmada y fechada por todos los solicitantes según se requiera. (Incluye a su cónyuge y a todos los dependientes de 18 años de edad o más que soliciten la cobertura.) La falta de firmas o fechas retrasará el proceso. Debe firmarse dentro de los 60 días a partir de la fecha de entrada en vigencia deseada.

Debemos recibir su solicitud **dentro de los 30 días a partir de la primera fecha de firma**, por lo tanto le pedimos que envíe la solicitud rápidamente. No se aceptarán solicitudes después de los 30 días, y deberá presentarse una solicitud nueva.

Firma del Solicitante principal: **X** _____ Fecha: ____ / ____ / ____
O Padre/Custodio/Tutor legal para la póliza exclusiva para un niño mes día año

Firma del cónyuge (SOLO si recibirá cobertura): **X** _____ Fecha: ____ / ____ / ____
mes día año

Firma del dependiente (SOLO si tiene 18 años o más y SOLO si recibirá cobertura): **X** _____ Fecha: ____ / ____ / ____
mes día año

Firma del dependiente (SOLO si tiene 18 años o más y SOLO si recibirá cobertura): **X** _____ Fecha: ____ / ____ / ____
mes día año

Firma del dependiente (SOLO si tiene 18 años o más y SOLO si recibirá cobertura): **X** _____ Fecha: ____ / ____ / ____
mes día año

SÓLO PARA SEGURO DE VIDA: firma del propietario (si no es el solicitante): **X** _____ Fecha: ____ / ____ / ____
mes día año

PODER Por la presente, el abajo firmante designa a la Junta directiva de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, o a cualquier sucesor de la misma ("HCSC"), con plenas facultades de sustitución, y a las personas que designe la Junta directiva mediante resolución, como sus apoderados para actuar en nombre del abajo firmante en todas las reuniones de los miembros de HCSC (y en todas las reuniones de los miembros de cualquier sucesor de HCSC), y en cualquier postergación de las mismas, con plenas facultades para votar en nombre del abajo firmante con respecto a todos los asuntos que puedan presentarse en dichas reuniones y postergaciones de las mismas. La reunión anual de los miembros se realizará todos los años en la sede principal corporativa el último martes de octubre a las 12:30 p.m. Se puede convocar a reuniones especiales de los miembros mediante notificación enviada por correo al miembro no menos de los 30 días ni mas de los 60 días previos a dichas reuniones. Este poder tendrá vigencia hasta la revocación por escrito del abajo firmante al menos 20 días antes de una reunión de miembros, o hasta que se asista y vote personalmente en una reunión de miembros anual o especial.

Firma del Solicitante principal: **X** _____ Fecha: ____ / ____ / ____
mes día año

SECCIÓN B: SECCIÓN DEL AGENTE/PRODUCTOR

Nombre en el contrato de BCBSNM
(agencia o persona): _____

Número de teléfono
del productor:(____) _____

Número del productor: _____ Enviar el paquete para el miembro nuevo a: Agente Miembro

- Si utiliza un productor/agente de seguros, envíele esta solicitud.
- Si no utiliza un productor/agente de seguros, envíe esta solicitud a:
Blue Cross and Blue Shield of New Mexico
PO Box 2031
Aurora, IL 60507
- Para obtener ayuda, llame a su productor/agente o al servicio de atención al cliente al 866-236-1702.

Una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal,
un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

® Marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association,
una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.
® Marcas de servicio registradas de Health Care Service Corporation
SM Marcas de servicio de Health Care Service Corporation