Formulario de inscripción para el Plan Group Secure 300 contra el Cáncer y para el Plan Group Secure de Indemnización Hospitalaria

Para cobertura grupal

BlueCross BlueShield Kansas

Esta es una póliza de indemnización fija que paga una cantidad establecida hasta ciertos límites, independientemente del importe de las facturas médicas. Esta póliza no sustituye un seguro médico integral.

Sección 1 – Información del solicitante

CLEAR DATA

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____ Sufijo _____

Dirección de residencia _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ +4 _____ Condado _____

Dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia) _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ +4 _____

Género ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

Número de Seguro Social _____-_____-_____

Número de teléfono de la casa (_____) _____-_____

Número de teléfono móvil (_____) _____-_____

Dirección de correo electrónico _____

Sección 2 – EAlternativas de elección

Nombre del empleador _____

Número de grupo _____

Fecha de contratación para trabajo de tiempo completo _____ / _____ / _____

Solicita:

Fecha de entrada en vigor solicitada _____ / _____ / _____

☐ Group Secure 300 contra el Cáncer

☐ Group Secure de Indemnización Hospitalaria

☐ Ambos

Continúe en la página siguiente.

Sección 3 – Información de los dependientes – Complete todos los campos a continuación para cada dependiente que se agregue al plan.

Relación con el solicitante: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Tutor legal ☐ Custodia legal

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Género ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Apellido _____ Sufijo ____ Número de Seguro Social ____-____-____

Relación con el solicitante: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Tutor legal ☐ Custodia legal

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Género ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Apellido _____ Sufijo ____ Número de Seguro Social ____-____-____

Relación con el solicitante: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Tutor legal ☐ Custodia legal

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Género ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Apellido _____ Sufijo ____ Número de Seguro Social ____-____-____

Sección 4 – Autorización

Información importante para respaldar su solicitud:

- Cualquier contrato que se le emita como resultado de esta solicitud se hará a partir de la información que usted proporcione en este formulario. Si, de forma intencionada o no, usted no proporciona información completa, precisa y correcta, el contrato se rescindirá y se le reembolsarán todas las primas, menos las cantidades pagadas por los beneficios del contrato.
- Ningún representante de Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS), ni de ninguna otra entidad tiene la autoridad para eximir la información requerida en este formulario para obligar a BCBSKS a otorgar cobertura a los solicitantes, ni para eximir, alterar o modificar ninguna disposición de cualquier contrato que se le pueda emitir.
- Entiendo que la cobertura está sujeta a que la salud de todos los solicitantes en esta solicitud permanezca sin cambios hasta la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Si se produce algún cambio en la salud antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, entiendo que debo notificarlo al departamento de suscripción de BCBSKS al 1-800-432-0216.

Al firmar esta autorización, declaro que la información que he brindado es verdadera según mi leal saber y entender, y entiendo que Blue Cross and Blue Shield of Kansas podrá revaluar o rescindir el contrato si, en cualquier momento, se determina que la información proporcionada durante este proceso de inscripción fue intencionalmente tergiversada o fraudulenta en un aspecto importante.

Se requiere su firma

Firma del solicitante _____ Fecha de la firma ____ / ____ / ____

Nombre escrito en letra de molde _____