

¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

**Primera Blue Cross Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver /
Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado en Primera Blue Cross**

Effective Date of Enrollment, Termination or Change: / Fecha de entrada en vigencia de la inscripción, finalización o cambio:		/01/		Employer Name: / Nombre del empleador:		Class / Clase		Medical Plan / Plan médico			
Check One / Marque una casilla		<input type="checkbox"/> New Enrollee / Nuevo solicitante <input type="checkbox"/> Waiving / Renuncia		<input type="checkbox"/> Cancellation / Cancelación <input type="checkbox"/> COBRA / COBRA		<input type="checkbox"/> Name Change / Cambio de nombre		<input type="checkbox"/> Add Dependents / Agregar dependientes <input type="checkbox"/> Delete Dependents / Eliminar dependientes		<input type="checkbox"/> Address Change / Cambio de dirección	
Personal Information: (Please Print Clearly) / Información personal: (en letra imprenta legible)											
Employee Name: / Nombre del empleado:		Last: / Apellido:				SSN: / N.° de Seguro Social:					
		First: / Nombre:				M.I. / Inicial del segundo nombre:		Date of Birth: / Fecha de nacimiento:		____/____/____	
Mailing Address: / Dirección:						Hire Date: / Fecha de contratación:				____/____/____	
City: / Ciudad:		State: / Estado:		Zip Code: / Código postal:		Hours per week: / Horas por semana:					
Phone: / Teléfono: ()		Marital Status: / Estado civil:		Date of Marriage: / Fecha de matrimonio:		Gender: / Sexo:		<input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino			
Name of Enrolling Dependent(s) / Nombre de los dependientes del solicitante		Birth Date / Fecha de nacimiento		Relationship to Employee / Parentesco con el empleado		Sex / Sexo		SSN / N.° de Seguro Social		Election / Elección	
										Medical / Plan médico	
										Dental / Plan dental	
1)				<input type="checkbox"/> Spouse / Cónyuge <input type="checkbox"/> Child / Hijo <input type="checkbox"/> Domestic Partner / Pareja de hecho		<input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino				<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Delete / Eliminar	
2)				<input type="checkbox"/> Child / Hijo		<input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino				<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Delete / Eliminar	
3)				<input type="checkbox"/> Child / Hijo		<input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino				<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Delete / Eliminar	
4)				<input type="checkbox"/> Child / Hijo		<input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino				<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Delete / Eliminar	
5)				<input type="checkbox"/> Child / Hijo		<input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino				<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Delete / Eliminar	

¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

**Primera Blue Cross Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver /
Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado en Primera Blue Cross**

Beneficiary for Basic Life / AD&D Insurance Benefit/ Beneficiario para el beneficio de seguro de vida básico/por muerte accidental y desmembramiento					
Name: / Nombre:		Relationship: / Parentesco:			
Address: / Dirección:					
Current Coverage, Prior Coverage and Coordination of Benefits: / Cobertura actual, cobertura anterior y coordinación de beneficios: If you or any dependent currently has or has had other group medical coverage (including Medicare) within the last three calendar months, please complete below. / Si usted o algún dependiente tiene actualmente o ha tenido cobertura médica grupal (incluso Medicare) en los últimos tres meses calendario, complete la siguiente sección.					
Name of Family Member / Nombre del miembro de la familia	Other Employer (or Medicare) / Otro empleador (o Medicare)	Date Coverage Began / Fecha de inicio de la cobertura	Date Coverage Ended / Fecha de finalización de la cobertura	Name of Insurance Carrier / Nombre de la compañía aseguradora	Plan Number / Número de plan
Mediante mi firma a continuación, reconozco que he leído, comprendo y acepto los términos y condiciones incluidos en todas las páginas de este formulario.					
Employee Signature / Firma del empleado				Date / Fecha	

Términos y condiciones

Acuerdo de solicitud

Por el presente solicito la cobertura en virtud del contrato entre el emisor y mi empleador o grupo, y estoy de acuerdo con los términos del contrato. También solicito la misma cobertura para mi cónyuge y/o mis hijos incluidos en esta solicitud. Certifico que mis dependientes incluidos y yo cumplimos con todos los criterios de elegibilidad establecidos en el resumen de beneficios y/o el contrato.

Acepto pagar por adelantado las tarifas correspondientes por mí y mis dependientes incluidos y autorizo los aumentos de tarifas que la compañía considere necesarios.

Declaración antifraude

Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las penalidades incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro. He proporcionado estas respuestas como parte del procedimiento de solicitud requerido por el emisor para inscribirme en la cobertura y certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que el emisor se basará en cada respuesta para tomar determinaciones sobre cobertura y calificación.

¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

**Premera Blue Cross Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver /
Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado en Premera Blue Cross**
Divulgación de la información

Reconozco y entiendo que mi plan de salud puede solicitar o divulgar información de salud sobre mí o mis dependientes (personas que son elegibles para la cobertura de beneficios y se enumeran en el formulario de inscripción) con el propósito de facilitar el tratamiento de atención de la salud, los pagos o con el fin de realizar operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de atención de la salud o según lo requerido por la ley. La información de salud solicitada o divulgada puede estar relacionada con el tratamiento o los servicios prestados a través de: un médico, dentista, farmacéutico u otro médico o profesional de atención de la salud especialista en comportamiento, una clínica, un hospital, un centro médico de atención a largo plazo o de otro tipo, cualquier otra institución que brinde tratamiento, consultas, fármacos o suministros, o una compañía aseguradora o plan de salud grupal. La información de salud solicitada o divulgada puede incluir, entre otros: registros de reclamaciones, correspondencia, historias clínicas, estados de cuenta, informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales o registros hospitalarios (incluidos los registros de enfermería y notas de progreso). Este reconocimiento no se aplica a la obtención de información sobre notas de psicoterapia. Se utilizará una autorización por separado para las notas de psicoterapia.

**Medical Coverage Underwritten by
Premera Blue Cross; 7001 220th St SW; Mountlake Terrace, WA 98043**

**Dental Coverage Underwritten by
Delta Dental of Washington; 400 Fairview Avenue North, Ste 800, Seattle, WA 98106**

**Vision Coverage Underwritten by
VSP Vision Care Inc; 3333 Quality Drive; Rancho Cordova, CA 95670**

**Life/AD&D Coverage Underwritten by
LifeMap Assurance Company; PO Box 1271, MS E3A; Portland, OR 97207**

Administered by **Benefit Solutions, Inc.**

Physical address:
12121 Harbour Reach Drive, Suite 105
Mukilteo, WA 98275

Mailing address:
PO Box 6
Mukilteo, WA 98275

Phone:
(425) 771-7359

Fax:
(425) 771-1226

E-mail:
wfbh@bsitpa.com

Este documento ha sido traducido del inglés como cortesía. Premera Blue Cross no asegura ni garantiza la exactitud de la traducción y no asume responsabilidad por inexactitudes, omisiones o errores en la traducción. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés.

¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

**Primera Blue Cross Employee Enrollment Application, Cancellation, and Waiver /
Solicitud, cancelación y renuncia de inscripción del empleado en Primera Blue Cross**

La discriminación está prohibida por la ley

Primera Blue Cross cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Primera no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Primera:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles).

Si considera que Primera no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals
PO Box 91102, Seattle, WA 98111
Toll free 855-332-4535, Fax 425-918-5592, TTY 800-842-5357
Email AppealsDepartmentInquiries@PREMERA.com.

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.