BlueCross BlueShield of North Carolina

Por favor envíe este formulario a la siguiente dirección:
DBS, P.O. Box 2400, Winston-Salem, NC 27102
Visítenos en **es.BlueCrossNC.com**

Dental Blue Select℠

Solicitud de inscripción y cambios

☐ **Afiliado nuevo** (Por favor, complete las secciones A, C, D, E, F y G)
☐ **Para hacer cambios** (Complete las secciones A, B y todas las secciones correspondientes.)

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a)

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

Fecha en que comenzó a trabajar (mínimo de 30 horas)	Número de identificación de empleado	Número de identificación de afiliado a Dental Blue Select (si corresponde)

Número de teléfono de la casa ( )	Número de teléfono del trabajo ( )	Dirección de correo electrónico

Al compartir su número de teléfono, acepta recibir llamadas o mensajes de texto de Blue Cross NC o sus asociados. Las llamadas pueden incluir llamadas pregrabadas o llamadas con voz robótica.

B. SI ESTÁ HACIENDO ALGÚN CAMBIO A UNA INSCRIPCIÓN

Marque todo lo que corresponda

☐ Cambio de nombre ☐ Corrección al número de seguro social del empleado ☐ Agregar o retirar dependiente(s)
☐ Reemplazo de una tarjeta de identificación ☐ Cambio de dirección o número de teléfono
☐ Corrección en la fecha de nacimiento ☐ Dirección de correo electrónico ☐ Inscripción tardía ☐ COBRA
☐ Otro _____

Agregar dependiente(s)

☐ Matrimonio — Fecha del acontecimiento
☐ Recién nacido (hasta 1 año) — Fecha del acontecimiento
☐ Adopción — Fecha del acontecimiento
☐ Orden de un tribunal — Fecha del acontecimiento
☐ Otro _____ — Fecha del acontecimiento

Retirar dependiente(s)

☐ Divorcio — Fecha del acontecimiento
☐ Muerte — Fecha del acontecimiento
☐ Empleado a tiempo completo — Fecha del acontecimiento
☐ Otra cobertura — Fecha del acontecimiento
☐ Otro _____ — Fecha del acontecimiento

Reestablecer cobertura

Explique: _____

Cancelar cobertura

☐ No cumple con los requisitos Explique _____ Fecha
☐ A petición del suscriptor Explique _____ Fecha
☐ Otro _____ Fecha

® Marcas de la Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un concesionario independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association.

C. SOLO PARA EL EMPLEADOR (TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER)

Name of Employer:	Dental Blue Select Group No:	Effective Date:	Dept. / Division:

☐ Active Employee (minimum of 30 hours) ☐ Elected Official	☐ COBRA	COBRA Qualifying Event: ☐ Termination of Employment ☐ Reduction in Hours ☐ Divorce ☐ Over Age Dependent ☐ Death of Subscriber

What was the date of the qualifying event?	Date Continuation Started:	Date Continuation Ends:

SELECIÓN DE COBERTURA

Opción seleccionada

☐ Sólo empleado ☐ Empleado y cónyuge o pareja en unión libre ☐ Empleado y familia

Opción de plan seleccionada

☐ Plan Estándar ☐ Plan Completo ☐ Plan Completo con ortodoncia ☐ Plan Mejorado ☐ Plan Mejorado con ortodoncia

Cantidad máxima por período de beneficios

☐ $1,000 ☐ $1,500 (Disponible para todos los planes excepto el Plan Estándar)

E. COBERTURA DENTAL PREVIA (Solo Mejorado y Completo)

Si su empleador eligió ofrecer el plan Dental Blue Select (Mejorado o Completo), es posible que se le aplique una cobertura dental abonable para el período de espera dental. La cobertura dental previa no se considerará cobertura acreditable para los períodos de espera del plan estándar. Si no tenía cobertura previa, o si usted y sus dependientes no se inscriben a tiempo, se lo considerará inscrito tardío y podrá estar sujeto a un PERÍODO DE ESPERA de hasta 24 meses. Los PERÍODOS DE ESPERA se eximen o reducen según la cantidad de meses de cobertura previa. Sin embargo, los PERÍODOS DE ESPERA no se eximen ni se reducen si han pasado más de 63 días entre la finalización de la cobertura previa y su fecha de inscripción en esta. cobertura.

¿Se anexa carta de cobertura dental abonable previa? ☐ **Sí** ☐ **No**

F. INFORMACIÓN DE FAMILIA - complete esta sección para las personas que reciben o terminan cobertura con Dental Blue Select*

	Nombre (Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento mm/dd/año	Sexo	Marque el estado (si corresponde)
☐ Agregar ☐ Retirar	☐ Cónyuge ☐ Pareja en unión libre			☐ H ☐ M	No corresponde
☐ Agregar ☐ Retirar	Hijo 1			☐ H ☐ M	☐ Mental o físicamente incapacitado
☐ Agregar ☐ Retirar	Hijo 2			☐ H ☐ M	☐ Mental o físicamente incapacitado
☐ Agregar ☐ Retirar	Hijo 3			☐ H ☐ M	☐ Mental o físicamente incapacitado
☐ Agregar ☐ Retirar	Hijo 4			☐ H ☐ M	☐ Mental o físicamente incapacitado
☐ Agregar ☐ Retirar	Hijo 5			☐ H ☐ M	☐ Mental o físicamente incapacitado
☐ Agregar ☐ Retirar	Hijo 6			☐ H ☐ M	☐ Mental o físicamente incapacitado

☐ Formulario adjunto para dependientes adicionales.
Los hijos dependientes incluyen a los niños adoptados, de crianza temporal o colocados por orden judicial o administrativa.

* Completar la solicitud no garantiza inscripción al seguro.
** Si tiene más de seis hijos, complete un formulario de Dependiente Adicional.
*** Consulte con su empleador en relación a los requisitos de elegibilidad para dependientes. Puede que tenga que presentar documentación complementaria.

La solicitud continúa en la página siguiente

G. AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO

Comprendo que los beneficios para los cuales yo (nosotros) cumpliré (cumpliremos) con los requisitos son esos beneficios descritos en el contrato de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina Blue Cross NC, incluyendo el manual de beneficios, y cualquier cambio incluido en ellos. Certifico que todas las declaraciones hechas en este documento están completas y son verdaderas a mi mejor saber y entender. Comprendo que Blue Cross NC puede, dentro de dos años desde la fecha de esta solicitud, rescindir mi póliza por cualquiera de mis actos o prácticas que constituyan fraude o si hago una declaración falsa intencional de un hecho material. Si se hicieron declaraciones falsas fraudulentas, Blue Cross NC puede emprender acciones legales en cualquier momento.

_____ __ __ – __ __ – __ __

Firma del empleado Fecha

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) provides free aids to service people with disabilities as well as free language services for people whose primary language is not English. Please contact the Customer Service number on the back of your ID card for assistance.

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) proporciona asistencia gratuita a las personas con discapacidades, así como servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés. Comuníquese con el número para servicio al cliente que aparece en el everso de su tarjeta del seguro para obtener ayuda.