



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO GRUPAL

Enviar por correo a: Horizon BCBSNJ
Attn: Inscripción de grupos medianos y grandes
P.O. Box 10168
Newark, NJ 07101-3168
Enviar por correo electrónico a: Midmajor_enrollment@horizonblue.com
Enviar por fax a: (973) 274-2297
HorizonBlue.com

Información del grupo – debe ser completada por el empleador.

Nombre del grupo: _____ Número de grupo: _____
Número del subgrupo: _____ Fecha de contratación: ___/___/___ Fecha de entrada en vigor/Fecha del suceso: ___/___/___
Razón: _____

A. Tipo de actividad– debe ser completada por el empleador.

Consulte las Instrucciones antes de completar este formulario. Escriba claramente.

<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> ELIMINAR <input type="checkbox"/> OTRO CAMBIO	Fecha de entrada en vigor	Razón del cambio
<input type="checkbox"/> Suscriptor	_____/_____/_____	_____
<input type="checkbox"/> Cónyuge	_____/_____/_____	_____
<input type="checkbox"/> Pareja en unión libre (CUP, en inglés)	_____/_____/_____	_____
<input type="checkbox"/> Pareja de hecho (DP, en inglés)	_____/_____/_____	_____
<input type="checkbox"/> Hijo dependiente	_____/_____/_____	_____
<input type="checkbox"/> Hijo mayor como dependiente menor de 31 años (y complete la sección Continuación de Cobertura)	_____/_____/_____	_____
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	_____/_____/_____	_____
<input type="checkbox"/> Cambio de plan	_____/_____/_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro	_____/_____/_____	_____
<input type="checkbox"/> Agregar/cambiar número de identificación: Médico de atención primaria	_____/_____/_____	_____

CONTINUACIÓN DE COBERTURA

Para el empleado Facturación: Grupo
Fecha de pérdida de la cobertura _____ Evento calificado #** _____ Fecha del evento calificado _____
 Discapacidad total* COBRA/NJSGC Duración de la continuación (en meses): 18 29 *Adjunte prueba de discapacidad

Para el cónyuge/pareja en unión libre*/pareja de hecho Facturación: Grupo
Fecha de pérdida de la cobertura _____ Evento calificado #** _____ Fecha del evento calificado _____
 COBRA/NJSGC Duración de la continuación (en meses): 18 29 36
**Las parejas en unión civil son elegibles para hacer una elección, conforme a NJSGC, si aplica.*

Para dependientes o hijos mayores
 COBRA/NJSGC Duración de la continuación (en meses): 18 29 36 Facturación: Grupo
Fecha de pérdida de la cobertura _____ Evento calificado #** _____ Fecha del evento calificado _____
 Dependiente menor de 31 años Facturación: Hogar
Fecha de pérdida de la cobertura _____ Evento calificado #** _____ Fecha del evento calificado _____

Dirección de la casa: _____
**Consulte la lista de los números de los eventos calificados en las instrucciones.

B. Información del empleado – debe ser completada por el empleado.

AGREGAR ELIMINAR CONTINUACION OTRO CAMBIO
Si un nombre cambia, indique el nombre anterior: _____
Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre _____
N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Sexo _____
Dirección de la casa _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de la casa _____ Correo electrónico _____
Nombre del empleador _____ Fecha de contratación ___/___/___
Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Horas de trabajo por semana _____ Teléfono del lugar de trabajo _____ Correo electrónico _____
Nombre del médico de atención primaria _____ Es paciente actual Sí No
N.º de NPI _____ Código Loc _____
Otra cobertura de salud Sí No, Si la respuesta es Sí, nombre del pagador _____
N.º de Poliza # _____ N.º de identificación de Medicare, si lo tiene _____

Se puede usar una copia de esta solicitud como tarjeta provisional de asegurado durante 30 días a partir de la fecha de entrada en vigor, si el empleador lo autoriza. Debe verificar primero la cobertura con Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey o Horizon Healthcare of New Jersey, Inc. antes de consultar a un médico o ser admitido en un hospital.

C. Raza/Etnia – debe ser completada por el empleado, a su discreción.

NOTA: Agradecemos su respuesta, pero ¡NO es obligatoria! Elija la categoría que mejor lo describa:

- Indígena americano o nativo de Alaska Afroamericano, no de origen hispano
 Hispano Asiático o de una isla del Pacífico Blanco, no de origen hispano

D. Opciones de planes – debe ser completada por el empleado. Su selección debe ser ofrecida por el empleador

Medico Marque una opción: I F 2 Adultos P/H

- Horizon Traditional Horizon Direct Access Horizon Direct Access (HRA) Horizon Advantage (EPO)
 Horizon HMO Horizon PPO (HRA) Horizon Direct Access (HSA) Horizon Advantage EPO (HRA)
 (HRA) Horizon POS Horizon PPO (HSA) Horizon (EPO) Horizon Advantage EPO (HSA)
 Horizon PPO OMNIA OMNIA (HSA)

Dental Marque una opción: I F 2 Adultos P/H

- Opción de plan Horizon Dental Plan Horizon Dental PPO Horizon Dental PPO Access
 Horizon Healthy Smiles Horizon Healthy Smiles Plus

Visión Marque una opción: I F 2 Adultos P/H

- Horizon Expanse V Horizon Panorama III - ALT. A Horizon Panorama IV - ALT. A Horizon Vista I
 Horizon Expanse VI Horizon Panorama III - ALT. B Horizon Panorama III - ALT. B Horizon Vista II
 Horizon Expanse VII-A Horizon Vista III
 Horizon Expanse VII-B Horizon Vista IV
 Horizon Expanse VIII
 Horizon Expanse IV

Medicamentos con receta Marque una opción: I F 2 Adultos P/H

I = Individual; F = Familia; 2 Adultos = esposo/esposa, pareja en unión libre o pareja de hecho; P/H = Padre/hijo(s)

E. Otras personas cubiertas bajo la póliza – debe ser completada por el empleado.

Identifique a las personas aparte de usted para quienes está agregando/cambiando/eliminando/continuando la cobertura. Adjunte hojas adicionales con su firma y la fecha, si es necesario. Adjunte la prueba de discapacidad.

- 1. CÓNYUGE/CUP/DP** AGREGAR ELIMINAR CONTINUACIÓN PARA CÓNYUGE (COBRA/NJSGC)
 CONTINUACIÓN PARA PAREJA EN UNIÓN LIBRE (NJSGC) CONTINUACIÓN PARA PAREJA DE HECHO (COBRA/NJSGC) OTRO CAMBIO

Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre _____

N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo _____

Nombre del médico de atención primaria _____ Es paciente actual Sí No

N.º de NPI _____ Código Loc. _____

Otra cobertura de salud Sí No, Si la respuesta es Sí, nombre del pagador _____

N.º de póliza _____ N.º de identificación de Medicare, si lo tiene _____

¿La dirección de residencia o de facturación es la misma que la del empleado? Sí No Si la respuesta es No, complete la sección F2

2. Hijo AGREGAR ELIMINAR CONTINUACIÓN OTRO CAMBIO

Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre _____

N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo _____

Nombre del médico de atención primaria _____ Es paciente actual Sí No

N.º de NPI _____ Código Loc. _____

Otra cobertura de salud Sí No, Si la respuesta es Sí, nombre del pagador _____

N.º de póliza _____ N.º de identificación de Medicare, si lo tiene _____

Explique si el apellido es diferente al del empleado: _____

¿Vive con el empleado? Sí No Si la respuesta es No, complete la sección G

3. Hijo AGREGAR ELIMINAR CONTINUACIÓN OTRO CAMBIO

Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre _____

N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo _____

Nombre del médico de atención primaria _____ Es paciente actual Sí No

N.º de NPI _____ Código Loc. _____

Otra cobertura de salud Sí No, Si la respuesta es Sí, nombre del pagador _____

N.º de póliza _____ N.º de identificación de Medicare, si lo tiene _____

Explique si el apellido es diferente al del empleado: _____

¿Vive con el empleado? Sí No Si la respuesta es No, complete la sección G

F. Información adicional del cónyuge /UP/DP – debe ser completada por el empleado. Si no aplica, márquela como NA.

1. Nombre del empleador _____ Teléfono del empleador _____
Dirección del empleador _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

2a. Dirección de la casa _____ Apto _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

2b. Explique por qué la dirección es diferente: _____

G. Información adicional de los hijos – debe ser completada por el empleado.

Proporcione información a continuación acerca de los hijos enumerados en la sección E, si tienen una dirección diferente a la del empleado. Si hay varios niños en una dirección, puede mencionarlos juntos. Adjunte hojas adicionales con su firma y la fecha, si es necesario.

Nombre _____
Dirección _____ Apto _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Razón: _____

Nombre _____
Dirección _____ Apto _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Razón: _____

H. Firma del empleado

Declaro que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa. Por este medio acepto las Condiciones de inscripción establecidas en este formulario de solicitud de inscripción/cambio. Autorizo deducir de mi salario cualquier contribución que sea necesaria.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

I. Firma de hijo mayor

Declaro que toda la información proporcionada en esta solicitud acerca de la elección de continuación del dependiente menor de 31 años es verdadera y completa. Por este medio acepto las Condiciones de inscripción establecidas en este formulario de solicitud de inscripción/cambio. Por la presente, acepto pagar las primas requeridas para la elección de continuación del dependiente menor de 31 años.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

J. Verificación del empleador

El empleador aprueba la actividad requerida y la considera elegible.

Representante del empleador: _____ Fecha: ____/____/____

Título del representante: _____

Instrucciones

Para los empleadores

Usted debe completar la Información del grupo y las secciones A y J para que esta solicitud sea procesada.

Empleados

Usted debe completar desde la sección B hasta la I y enviar la firma de cada hijo mayor para el cual se solicite la elección de continuación para dependiente menor de 31 años, conforme a la sección J para que esta solicitud sea procesada.

- ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE excepto cuando se solicite una firma.
- Si un dependiente es discapacitado y usted quiere continuar con su cobertura después de los 26 años, no tiene que hacer una elección para COBRA/NJSGC o para dependiente menor de 31 años. En su lugar, seleccione "Otro" en la sección A y adjunte la prueba de discapacidad.
- La discapacidad total y COBRA son opciones de continuación disponibles bajo la cobertura para la vista; la continuación para dependiente menor de 31 años no está disponible bajo la cobertura para la vista.
- Usted puede obtener los nombres correctos de los profesionales de la salud en el directorio de profesionales médicos correspondiente. También puede obtener el número de NPI de cada profesional de la salud y el código LOC de este directorio o en: www.HorizonBlue.com. Los profesionales de la salud con varias ubicaciones de consultorios y los profesionales individuales que pertenecen a más de una clínica o entidad de profesionales podrían tener más de un número de NPI. Debe confirmar el número de NPI correcto del profesional de la salud específico y la ubicación del consultorio donde lo atenderán, al comunicarse a ese consultorio directamente.

Eventos calificados

COBRA y NJSGC

- C1. Finalización del contrato de trabajo o reducción de horas
- C2. Inscripción del empleado en Medicare (solo COBRA)
- C3. Divorcio (COBRA/NJSGC); disolución de la unión libre (NJSGC) si está cubierto bajo los beneficios grupales
- C4. Muerte del empleado
- C5. Pérdida del estatus de hijo dependiente bajo el plan.
- C6. Discapacidad (ocurrida después de otro evento calificado) del dependiente menor de 31 años
- D1. Pérdida del estatus de dependiente (sobrepasa la edad) o elegible de otra manera
- D2. Recuperación de la elegibilidad: residencia
- D3. Recuperación de la elegibilidad: estudiante de tiempo completo no residente
- D4. Recuperación de la elegibilidad: cambio del estado civil
- D5. Recuperación de la elegibilidad: cambio del estatus paternal
- D6. Recuperación de la elegibilidad: terminación de otra cobertura

Condiciones para la inscripción, aceptación del solicitante y acuerdos

En mi nombre y en nombre de los dependientes que se incluyen en esta solicitud de inscripción/cambio, declaro que:

1. Autorizo a cualquier médico o profesional médico, hospital, clínica u otra institución de atención médica, compañía aseguradora, agencia de elaboración de informes del consumidor y cualquier empleador para que le dé a Horizon BCBSNJ¹ o a cualquier agencia de elaboración de informes del consumidor que actúe en nombre de Horizon BCBSNJ, información relacionada con un empleo, otra cobertura médica y asesoría médica, tratamiento o suministros para cualquier afección física o mental relacionada conmigo o con un dependiente menor que solicite cobertura. Acepto que esta autorización será válida durante 30 meses a partir de la fecha en que firme este formulario de inscripción/cambio, a menos que se revoque en una fecha previa.
2. Acepto que, si revoco esta autorización antes de su vencimiento, esta revocación no afectará ninguna acción que Horizon BCBSNJ haya tomado con base en la autorización.
3. Entiendo que podría recibir una copia de esta autorización si la solicito.
4. Acepto que Horizon BCBSNJ proveerá la cobertura de acuerdo con los términos del contrato para el plan/póliza grupal.
5. Acepto que la provisión de la cobertura y los beneficios dependen del pago de las primas y pueden ser cancelados de acuerdo con los términos del plan/póliza grupal si las primas no se pagan a tiempo. Autorizo a mi empleador a retener los pagos de mi salario como contribución a la prima, según sea apropiado

Declaraciones falsas

Cualquier persona que incluya una declaración falsa o información engañosa en un formulario de inscripción/cambio para un plan de beneficios médicos está sujeta a sanciones criminales y civiles.

Avisos:

Aviso general de derechos de inscripción especial

Si rechaza la inscripción bajo su plan grupal de beneficios médicos para usted y/o sus dependientes (si el plan incluye cobertura para dependientes) debido a la cobertura de otro seguro médico u otra cobertura de plan grupal de beneficios médicos, podrá inscribirse usted y a sus dependientes en este plan grupal de beneficios médicos si usted o los dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el otro empleador o proveedor del plan deja de realizar las contribuciones correspondientes para su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de un plazo de 31 días después del fin de su cobertura o la de sus dependientes (o después de que el otro empleador o proveedor del plan deje de realizar las contribuciones correspondientes para la otra cobertura).

Además, si su plan incluye cobertura para dependientes y obtiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, debe poder inscribirse usted y a sus dependientes bajo este plan después de haber rechazado la cobertura. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de un plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si usted rechaza la cobertura bajo este plan, es posible que se le pida que declare por escrito que el rechazo fue debido a la existencia de otra cobertura de salud. Si ese es el caso y usted no proporciona dicha declaración, los derechos de inscripción especial pueden no estar disponibles para usted si los necesita.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su departamento de beneficios o el representante del personal.

Aviso de continuación de cobertura para dependientes menores de 31 años

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey facturará directamente a los dependientes mayores y los asegurados pagarán la prima directamente a Horizon BCBSNJ. Cuando se escoge la continuación de cobertura para dependientes menores de 31 años, la dirección de la casa debe completarse en la sección A – "Tipo de actividad", aun si es la misma dirección del empleado.

Nota importante:

- Aunque los empleados deben continuar su elegibilidad bajo el plan del dependiente para que la cobertura del dependiente continúe, además de los criterios de elegibilidad adicionales, la cobertura para los dependientes será emitida como una cobertura independiente. Aplicarán todos los requerimientos de costo compartidos y las limitaciones y no podrán combinarse con la póliza del empleado. Por consiguiente, los gastos cubiertos incurridos por los dependientes mayores no contarán para los deducibles familiares y las cantidades máximas de gasto de bolsillo. Asimismo, los gastos incurridos por la familia no contarán para los deducibles ni las cantidades máximas de gastos de bolsillo de la cobertura del dependiente mayor.

Por la presente, el suscriptor del grupo en su nombre y en el de sus participantes reconoce que comprende que este acuerdo constituye solamente un contrato entre el suscriptor y Horizon BCBSNJ, la cual es una corporación independiente que opera bajo licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes de Blue Cross and Blue Shield (la "Asociación") que permite a Horizon BCBSNJ el uso de la marca de servicios de Blue Cross and Blue Shield en el estado de New Jersey, y que Horizon BCBSNJ no es contratante como agente de la Asociación. El suscriptor del grupo en su nombre y en el de sus participantes reconoce y acepta también que no se ha celebrado este acuerdo en base a declaraciones hechas por cualquier otra persona diferente a Horizon BCBSNJ y que ninguna persona, entidad u organización diferente a Horizon BCBSNJ debe ser considerada como responsable u obligada ante el suscriptor del grupo por cualquiera de las obligaciones de Horizon BCBSNJ con el suscriptor del grupo, creadas bajo este acuerdo. Este párrafo no constituye de ninguna manera una obligación adicional de parte de Horizon BCBSNJ, aparte de las obligaciones creadas bajo las disposiciones de este acuerdo.

Los servicios y los productos pueden ser proporcionados por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., Horizon Healthcare Dental, Inc., y los productos y pólizas pueden ser proporcionados por Horizon Insurance Company, cada uno de los cuales es un licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Los comunicados son emitidos por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, en su calidad de administrador de programas y relaciones con proveedores para todas sus compañías.

[1] Horizon BCBSNJ se refiere a Horizon Healthcare Services, Inc., cuyo nombre comercial es Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey o cualquiera de sus subsidiarias de propiedad exclusiva, incluyendo Horizon Insurance Company, Horizon Healthcare Dental, Inc., y Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., cuyo nombre comercial es Horizon NJ Health.