

CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES



BlueCross BlueShield of Nebraska

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

1V STU

Nombre del suscriptor _____

Número de ID _____

Número de teléfono (casa) _____

(trabajo) _____

Necesitamos que nos dé cierta información importante acerca de sus dependientes cubiertos. A continuación hay un cuestionario referente a la continuación de la elegibilidad de sus dependientes según su plan. Indique la información de cada uno de sus dependientes de 19 años y mayor.

Cuando haya completado este formulario, envíelo por fax al 402-343-3308 o por correo a:

Blue Cross and Blue Shield of Nebraska
Attention: Membership Department
7261 Mercy Road
Omaha, NE 68180-0001

Sabemos que su tiempo es valioso y agradecemos su cooperación al respecto. En caso de que tenga preguntas, póngase en contacto con nuestro Servicio a Clientes llamando al número indicado en el reverso de su tarjeta de identificación o envíenos un mensaje de correo electrónico a www.bcbsne.com/contactus

Necesitamos que nos dé la información siguiente sobre cada uno de sus dependientes de 19 años y mayores para determinar si continúan los beneficios según su plan.

| DEPENDIENTE 1 | DEPENDIENTE 2 | DEPENDIENTE 3 |
|--|--|--|
| Nombre | Nombre | Nombre |
| Nombre de la escuela/universidad | Nombre de la escuela/universidad | Nombre de la escuela/universidad |
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial |
| Número de horas de crédito y fechas actuales/más recientes de asistencia Créditos (horas): _____ Desde: _____ hasta _____ Mes/Día/Año Mes/Día/Año | Número de horas de crédito y fechas actuales/más recientes de asistencia Créditos (horas): _____ Desde: _____ hasta _____ Mes/Día/Año Mes/Día/Año | Número de horas de crédito y fechas actuales/más recientes de asistencia Créditos (horas): _____ Desde: _____ hasta _____ Mes/Día/Año Mes/Día/Año |
| ¿Está este dependiente inscrito o planeando inscribirse en el próximo semestre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos créditos (horas)? _____ | ¿Está este dependiente inscrito o planeando inscribirse en el próximo semestre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos créditos (horas)? _____ | ¿Está este dependiente inscrito o planeando inscribirse en el próximo semestre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos créditos (horas)? _____ |
| ¿Vive este dependiente con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Vive este dependiente con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Vive este dependiente con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| DEPENDIENTE 1 | DEPENDIENTE 2 | DEPENDIENTE 3 |
|--|--|--|
| ¿Aporta usted apoyo financiero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Aporta usted apoyo financiero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Aporta usted apoyo financiero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se le exige proporcionar seguro médico por orden judicial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Se le exige proporcionar seguro médico por orden judicial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Se le exige proporcionar seguro médico por orden judicial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Es este dependiente incapaz de asistir a clases o sostenerse solo debido a discapacidad mental o física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, le enviaremos una solicitud para prolongar la cobertura.) | ¿Es este dependiente incapaz de asistir a clases o sostenerse solo debido a discapacidad mental o física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, le enviaremos una solicitud para prolongar la cobertura.) | ¿Es este dependiente incapaz de asistir a clases o sostenerse solo debido a discapacidad mental o física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, le enviaremos una solicitud para prolongar la cobertura.) |
| Este dependiente ya no es elegible porque: <input type="checkbox"/> No es estudiante de tiempo completo Fecha en que asistió por última vez a clases: _____ <input type="checkbox"/> Está casado/a Fecha de matrimonio: _____ | Este dependiente ya no es elegible porque: <input type="checkbox"/> No es estudiante de tiempo completo Fecha en que asistió por última vez a clases: _____ <input type="checkbox"/> Está casado/a Fecha de matrimonio: _____ | Este dependiente ya no es elegible porque: <input type="checkbox"/> No es estudiante de tiempo completo Fecha en que asistió por última vez a clases: _____ <input type="checkbox"/> Está casado/a Fecha de matrimonio: _____ |

Firma: _____

Fecha: _____

SÍRVASE OBSERVAR

- Si su dependiente de 19 años o mayor todavía es estudiante de tiempo completo, complete y envíe este cuestionario tan pronto sea posible. La cobertura terminará cuando su dependiente ya no sea estudiante de tiempo completo, se case o cumpla la edad límite indicada en su contrato o certificado de cobertura, lo que ocurra primero. La cobertura de conversión está disponible si la solicitud se presenta dentro de 31 días después de terminar la elegibilidad del dependiente.
- Si su dependiente ya no es elegible para la cobertura según su propio plan, y su empleador está sujeto a COBRA, puede presentarse por un tiempo limitado la solicitud para continuar la cobertura bajo el contrato de grupo. Diríjase a su empleador para que pueda recibir instrucciones sobre la solicitud.

Si su empleador no está sujeto a COBRA, su dependiente puede solicitar la cobertura de conversión de Blue Cross and Blue Shield of Nebraska. La solicitud debe presentarse dentro de 31 días después de que el dependiente cumpla 19 años. (La cobertura de conversión de Blue Cross and Blue Shield of Nebraska está disponible solamente para los residentes de Nebraska. Si usted no es residente de Nebraska, debe ponerse en contacto con el Plan de Blue Cross and Blue Shield de su región para obtener información referente a la cobertura de conversión para su dependiente.)

Para solicitar la cobertura de conversión o consultar sobre otros planes de seguro médico individual que pueden estar a disposición de los residentes de Nebraska, diríjase a:

Blue Cross and Blue Shield of Nebraska
Individual Marketing Department
(402) 343-3330 o línea gratis 1-800-991-5650

- Si su dependiente no es capaz de sostenerse por sí solo con motivo de discapacidad física o mental, póngase en contacto con nuestro Centro de Servicio a Clientes para obtener instrucciones sobre cómo solicitar una prórroga de cobertura. Debe solicitar esta prórroga dentro de 31 días de terminada la elegibilidad del dependiente.

Su contrato o certificado de cobertura contiene información adicional, así es que consúltelo para conocer más detalles. También puede dirigirse a nuestro Centro de Servicio a Clientes en el número telefónico que se indica en su tarjeta de identificación.