



SOLICITUD DE INFORMACIÓN PARA EL EMPLEADO O EL DEPENDIENTE TOTALMENTE INCAPACITADO

Un **Suscriptor Totalmente Incapacitado** es un suscriptor que, debido a una enfermedad o lesión, es incapaz de trabajar por paga en ningún trabajo para el cual está calificado, o para el cual, se califica capacitándose u obteniendo experiencia, y quien de hecho, está desocupado. Un **Miembro Totalmente Incapacitado** es un miembro de la familia que es incapaz de realizar todas las actividades normales para las personas de esa edad. Un **Jubilado Totalmente Incapacitado** es un jubilado que es incapaz de realizar todas las actividades normales para las personas de esa edad.

Nombre del Grupo del Empleador: _____

Fecha efectiva de Blue Cross: _____

Número de Seguro Social del Empleado: _____

Nombre de la Persona Incapacitada: _____

Condición de Elegibilidad: Empleado _____ Dependiente _____

¿Estuvo la Persona Incapacitada continuamente cubierta en los seis meses inmediatamente anteriores a ser elegible para este plan, bajo cualquier cobertura médica pública o privada (incluyendo Medical o cobertura individual)?

Sí _____ No _____

Seguro Médico Anterior: _____

Fecha en que comenzó la incapacidad: _____

Última fecha en que trabajó: _____

¿Está la Persona Incapacitada hospitalizada o confinada en el hogar? (Explique): _____

Condición/Diagnóstico Incapacitante: _____

Pronóstico: _____

Plan de tratamientos futuros: _____

Reclamaciones pagadas en los últimos 12 meses: _____

Reclamaciones estimadas para los próximos 12 meses: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas para que podamos asistirle mejor en la transición de su asistencia, proporcionarle un administrador de casos u ofrecerle inscripción en un programa de asistencia preventiva:

1. ¿Le dijo alguna vez un profesional médico (médico o enfermera) que usted tiene problemas cardíacos; por ejemplo angina, ataque cardíaco o insuficiencia cardíaca?

Sí _____ No _____

2. ¿Le dijo alguna vez un profesional médico que usted tiene diabetes?

Sí _____ No _____

3. ¿Le dijo alguna vez un profesional médico que usted tiene asma?

Sí _____ No _____

Por favor adjunte esta Solicitud de Información completada a la Solicitud de Inscripción del Empleado

