

Información personal

(**DERECHOHABIENTES**^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? ³ Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____		
Dirección postal ⁴ (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ⁴ _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSOK le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSOK, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en account.bcbsok.com/upp/ . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.				
Dirección de correo electrónico ^{4,5} _____				
Nombre del prestador de atención primaria (PCP) (SOLO HMO) ^{6,7}		N.º de PCP (SOLO HMO) — Anote el núm. de identificación de 10 dígitos ⁶ _____		
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbsok.com/disabled-dependents .				
OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				

¹ Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, llene la Solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal. Se requiere comprobante de no elegibilidad para Medicare si usted o su cónyuge son mayores de 65 años.

² Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSOK.

³ Mayores de 21 años que consumen tabaco.

⁴ Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁵ Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

⁶ Si al solicitar cobertura no elige un prestador de atención primaria (PCP) (consulte la página findadoctorok.com), se le asignará uno según su área de servicio. Usted puede ser responsable del costo total de las reclamaciones de prestadores de servicios médicos que no figuren en su tarjeta de asegurado.

⁷ Consulte la información sobre los PCP y profesionales en ginecología y obstetricia en la página 10.