



Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

N.º de asegurado: \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA LOCAL

# Cobertura para particulares 2018

## Nueva solicitud o cambio a la cobertura

Para ayudarnos a procesar su solicitud de inmediato, siga las instrucciones.

- 1** Escriba todas las respuestas con bolígrafo de tinta azul o negra. No se aceptará si se llena a lápiz.
- 2** Asegúrese de firmar personalmente la solicitud como Solicitante principal. Si su cónyuge o cualquier derechohabiente mayor de los 18 años de edad también solicita cobertura, pídale que firme personalmente la línea de firma correspondiente.
- 3** Si es necesario corregir algún error, tache lo que sea incorrecto y escriba sus iniciales junto a la información correcta.
- 4** Por favor no use corrector líquido o de cinta.

Por favor envíe su solicitud por correo postal, fax o por teléfono con un agente de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) al 800-477-2000. Por favor complete toda la solicitud, incluidas la Sección D: Información para el pago inicial de la prima, y la Sección E: Información de facturación regular. Aviso: Si está solicitando cobertura durante un Período especial de inscripción (SEP, en inglés), tendrá que proporcionar comprobante(s) del suceso elegible junto con su solicitud. No incluir material para acreditar su elegibilidad para un Período especial de inscripción ocasionará retrasos en su solicitud.

Si recibe los servicios de un agente de seguros de BCBSIL, por favor incluya el nombre de su agente al reverso de esta solicitud.

<b>SOLICITUD EN LÍNEA</b>	espanol.bcbsil.com (Disponible únicamente durante el Período de inscripción abierta).
<b>SOLICITUD POR CORREO</b>	Blue Cross and Blue Shield of Illinois - Attn: Individual Enrollment, P.O. Box 3236, Naperville, IL 60566-7236
<b>SOLICITUD POR FAX</b>	888-223-1988

Si tiene preguntas, por favor comuníquese con su agente de seguros o llame a BCBSIL sin costo al 800-477-2000.

Si está solicitando cobertura durante un Período especial de inscripción (que es una oportunidad de obtener cobertura fuera del Período de inscripción), usted puede solicitarla si ha experimentado al menos un suceso elegible durante los últimos 60 días (marque todas las opciones necesarias). **Deberá anexar material para acreditar el suceso elegible.** En BCBSIL se evaluará dicho material para comprobar si tiene derecho a un Período especial de inscripción. No incluir material para acreditar su elegibilidad para un Período especial de inscripción ocasionará retrasos en su solicitud de inscripción en un plan de cobertura o a su vez evitará dicho proceso. Comuníquese con su agente de seguros o con BCBSIL al 800-477-2000 para conocer los tipos de comprobantes aceptados para acreditar sucesos elegibles.

<input type="checkbox"/> <b>1.</b> Yo y/o mi(s) derechohabiente(s) perdí(mos) Cobertura esencial mínima <sup>1</sup> : <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria por motivos distintos a incumplimiento del pago de la prima de la póliza o anulación, ocurrida el: <input type="checkbox"/> Por alcanzar la edad exigida por la ley, separación legal, divorcio o muerte del titular de la póliza, a partir del: <input type="checkbox"/> Ya no soy elegible para mi cobertura médica anterior porque me despidieron del empleo, por una reducción en el número de horas de trabajo, o porque mi empresa ya no contribuye al pago de primas o porque he agotado mis beneficios de COBRA, a partir del: <input type="checkbox"/> Ya no residí ni vivo en el área de servicio HMO de mi cobertura anterior, a partir del: <input type="checkbox"/> Tengo una reclamación que cumple o excede un límite vitalicio de todos los beneficios, a partir del: <input type="checkbox"/> Perdí cobertura porque mi cobertura ya no ofrece beneficios a personas en situación similar a la mía, a partir del: <input type="checkbox"/> Perdí cobertura a través de mi cobertura grupal HMO porque ya no residí ni trabajo en el área de servicio y no hay otro conjunto de beneficios de salud disponible, a partir del:	FECHA DEL SUCESO
<input type="checkbox"/> <b>2.</b> Ahora tengo un derechohabiente o me convertí en derechohabiente por contraer matrimonio, a partir del:	FECHA DEL SUCESO
<input type="checkbox"/> <b>3.</b> Ahora tengo un derechohabiente o me convertí en derechohabiente por nacimiento, adopción o colocación para adopción, custodia provisional o decreto judicial, a partir del:	FECHA DEL SUCESO
<input type="checkbox"/> <b>4.</b> Ocurrió un error al solicitar la cobertura anterior o demostré adecuadamente que la cobertura médica anterior o el emisor violaron sustancialmente una estipulación esencial de su contrato para conmigo, a partir del:	FECHA DEL SUCESO
<input type="checkbox"/> <b>5.</b> El Mercado de Seguros Médicos ha determinado que yo o mis derechohabientes ahora somos elegibles o perdimos elegibilidad para recibir anticipadamente créditos fiscales para el pago de primas o la elegibilidad de gastos compartidos cambió o hubo prácticas desleales de alguna entidad ajena al Mercado, a partir del:	FECHA DEL SUCESO
<input type="checkbox"/> <b>6.</b> He obtenido acceso a nuevas opciones de cobertura médica por mudanza permanente, a partir del:	FECHA DEL SUCESO
<input type="checkbox"/> <b>7.</b> Mi póliza actual termina en una fecha distinta al 31 de diciembre, que es el:	FECHA DEL SUCESO
<input type="checkbox"/> <b>8.</b> Otro suceso elegible. Si su situación no aparece en la lista, por favor comuníquese con su agente de seguros o con nuestro centro de ventas al 800-477-2000.	FECHA DEL SUCESO

<sup>1</sup>Puede solicitar con 60 días de anticipación.

# Sección A: Solicitante(s)

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## SOLICITANTE PRINCIPAL

COBERTURA NUEVA  AGREGAR DERECHOHABIENTE  CAMBIO EN LA COBERTURA  CONVERSIÓN

NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO
¿PREFIERE QUE LE HABLEN EN UN IDIOMA DISTINTO DEL INGLÉS? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", POR FAVOR ESPECIFIQUE:		¿PREFIERE QUE LE ESCRIBAN EN UN IDIOMA DISTINTO DEL INGLÉS? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", POR FAVOR ESPECIFIQUE:		
*DENTRO DE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO? (AL MENOS 4 VECES POR SEMANA, EXCEPTO PARA USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI LA RESPUESTA ES "SÍ", POR FAVOR INDIQUE LA ÚLTIMA FECHA DE CONSUMO:		SI ES DE ORIGEN HISPANO/LATINO, ETNIA (OPCIONAL: MARQUE TODAS LAS NECESARIAS) <input type="checkbox"/> MEXICANO <input type="checkbox"/> MEXICOESTADOUNIDENSE <input type="checkbox"/> CHICANO <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO <input type="checkbox"/> CUBANO <input type="checkbox"/> OTRO/A _____		
RAZA (OPCIONAL: MARQUE TODAS LAS NECESARIAS) <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> INDÍGENA 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/A _____				
DIRECCIÓN DONDE RESIDE: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL				CONDADO
DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)				
TELÉFONO PRINCIPAL		MÓVIL <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/>	TELÉFONO SECUNDARIO	
		MÓVIL <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				
GRUPO MÉDICO** (COBERTURAS HMO)	N.º DE GRUPO MÉDICO (COBERTURAS HMO)	¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD QUE AFECTE SU CAPACIDAD DE COMUNICARSE O LEER? (COBERTURAS HMO) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIAL QUE NECESITA:		

## CÓNYUGE E HIJOS DERECHOHABIENTES INCLUIDOS (los hijos derechohabientes tienen que ser menores de los 26 años de edad)†

NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		PARENTESCO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO
¿PREFIERE QUE LE HABLEN EN UN IDIOMA DISTINTO DEL INGLÉS? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", POR FAVOR ESPECIFIQUE:		*DENTRO DE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO? (AL MENOS 4 VECES POR SEMANA, EXCEPTO PARA USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", POR FAVOR INDIQUE LA ÚLTIMA FECHA DE CONSUMO:		SI ES DE ORIGEN HISPANO/LATINO, ETNIA (OPCIONAL: MARQUE TODAS LAS NECESARIAS) <input type="checkbox"/> MEXICANO <input type="checkbox"/> MEXICOESTADOUNIDENSE <input type="checkbox"/> CHICANO <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO <input type="checkbox"/> CUBANO <input type="checkbox"/> OTRO/A _____	
RAZA (OPCIONAL: MARQUE TODAS LAS NECESARIAS) <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> INDÍGENA 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/A _____					
*DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)					CONDADO
TELÉFONO PRINCIPAL		MÓVIL <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
GRUPO MÉDICO** (COBERTURAS HMO)	N.º DE GRUPO MÉDICO (COBERTURAS HMO)	¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD QUE AFECTE SU CAPACIDAD DE COMUNICARSE O LEER? (COBERTURAS HMO) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIAL QUE NECESITA:			

Por favor tenga en cuenta: Si está añadiendo derechohabientes nuevos a su póliza, aún tendrá que completar la información de todos los que estarán incluidos en su póliza.

### AL PROPORCIONAR UNA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO, USTED ACEPTA RECIBIR DOCUMENTOS DEL SEGURO EN FORMATO ELECTRÓNICO.

Tiene la opción de recibir documentos en formato impreso en cualquier momento y sin incurrir en penalidades. Ingrese a su cuenta en [espanol.bcbsil.com](http://espanol.bcbsil.com) o llame a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado para modificar y administrar sus preferencias. Podrá ver o imprimir sus documentos desde computadoras o dispositivos móviles con acceso en casi todas las versiones de Internet Explorer, Chrome y Firefox.

### SI CUALQUIERA DE LOS NÚMEROS DE TELÉFONO QUE PROPORCIONÉ EN ESTA SOLICITUD SON TELÉFONOS MÓVILES, ENTONCES ACEPTO LOS SIGUIENTES TIPOS DE CONTACTO:

BCBSIL puede comunicarse conmigo o con cualquiera de mis derechohabientes\* con llamadas pregrabadas o automáticas con relación a mi cobertura médica.  S  N  
BCBSIL puede comunicarse conmigo o con cualquiera de mis derechohabientes\* con información sobre nuevas coberturas y beneficios.  S  N

### SI CUALQUIERA DE LOS NÚMEROS DE TELÉFONO QUE PROPORCIONÉ EN ESTA SOLICITUD SON RESIDENCIALES (TELÉFONOS FIJOS), ENTONCES ACEPTO LOS SIGUIENTES TIPOS DE CONTACTO:

BCBSIL puede comunicarse conmigo o con cualquiera de mis derechohabientes\* con información sobre nuevas coberturas y beneficios.  S  N

\* Mayores de los 18 años de edad.

\*\* Los servicios tiene que proporcionarlos un Médico de cabecera, (PCP, en inglés) que sea parte del Grupo médico seleccionado.

† La designación de cónyuge debe incluir parejas en unión libre.

# Sección A: Solicitante(s) (Continuación)

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		PARENTESCO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO
¿PREFIERE QUE LE HABLEN EN UN IDIOMA DISTINTO DEL INGLÉS? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", POR FAVOR ESPECIFIQUE:		*DENTRO DE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO? (AL MENOS 4 VECES POR SEMANA, EXCEPTO PARA USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", POR FAVOR INDIQUE LA ÚLTIMA FECHA DE CONSUMO:		SI ES DE ORIGEN HISPANO/LATINO, ETNIA (OPCIONAL: MARQUE TODAS LAS NECESARIAS) <input type="checkbox"/> MEXICANO <input type="checkbox"/> MEXICOESTADOUNIDENSE <input type="checkbox"/> CHICANO <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO <input type="checkbox"/> CUBANO <input type="checkbox"/> OTRO/A _____	
RAZA (OPCIONAL: MARQUE TODAS LAS NECESARIAS) <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> INDÍGENA 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/A _____					
*DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)					CONDADO
TELÉFONO PRINCIPAL		MÓVIL <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
GRUPO MÉDICO** (COBERTURAS HMO)	N.º DE GRUPO MÉDICO (COBERTURAS HMO)	¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD QUE AFECTE SU CAPACIDAD DE COMUNICARSE O LEER? (COBERTURAS HMO) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIAL QUE NECESITA:			

NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		PARENTESCO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO
¿PREFIERE QUE LE HABLEN EN UN IDIOMA DISTINTO DEL INGLÉS? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", POR FAVOR ESPECIFIQUE:		*DENTRO DE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO? (AL MENOS 4 VECES POR SEMANA, EXCEPTO PARA USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", POR FAVOR INDIQUE LA ÚLTIMA FECHA DE CONSUMO:		SI ES DE ORIGEN HISPANO/LATINO, ETNIA (OPCIONAL: MARQUE TODAS LAS NECESARIAS) <input type="checkbox"/> MEXICANO <input type="checkbox"/> MEXICOESTADOUNIDENSE <input type="checkbox"/> CHICANO <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO <input type="checkbox"/> CUBANO <input type="checkbox"/> OTRO/A _____	
RAZA (OPCIONAL: MARQUE TODAS LAS NECESARIAS) <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> INDÍGENA 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/A _____					
*DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)					CONDADO
TELÉFONO PRINCIPAL		MÓVIL <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
GRUPO MÉDICO** (COBERTURAS HMO)	N.º DE GRUPO MÉDICO (COBERTURAS HMO)	¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD QUE AFECTE SU CAPACIDAD DE COMUNICARSE O LEER? (COBERTURAS HMO) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIAL QUE NECESITA:			

NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		PARENTESCO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO
¿PREFIERE QUE LE HABLEN EN UN IDIOMA DISTINTO DEL INGLÉS? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", POR FAVOR ESPECIFIQUE:		*DENTRO DE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO? (AL MENOS 4 VECES POR SEMANA, EXCEPTO PARA USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", POR FAVOR INDIQUE LA ÚLTIMA FECHA DE CONSUMO:		SI ES DE ORIGEN HISPANO/LATINO, ETNIA (OPCIONAL: MARQUE TODAS LAS NECESARIAS) <input type="checkbox"/> MEXICANO <input type="checkbox"/> MEXICOESTADOUNIDENSE <input type="checkbox"/> CHICANO <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO <input type="checkbox"/> CUBANO <input type="checkbox"/> OTRO/A _____	
RAZA (OPCIONAL: MARQUE TODAS LAS NECESARIAS) <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> INDÍGENA 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/A _____					
*DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)					CONDADO
TELÉFONO PRINCIPAL		MÓVIL <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
GRUPO MÉDICO** (COBERTURAS HMO)	N.º DE GRUPO MÉDICO (COBERTURAS HMO)	¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD QUE AFECTE SU CAPACIDAD DE COMUNICARSE O LEER? (COBERTURAS HMO) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SI RESPONDIÓ "SÍ", DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIAL QUE NECESITA:			

\* Mayores de los 18 años de edad.

\*\* Los servicios tiene que proporcionarlos un Médico de cabecera que sea parte del Grupo médico seleccionado.

† La designación de cónyuge debe incluir parejas en unión libre.

# Sección B: Cómo solicitar cobertura

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**AVISO:** Las fechas de entrada en vigor están disponibles solo el primer día del mes, a menos que la ley indique lo contrario. BCBSIL tiene que recibir las solicitudes dentro del período de inscripción definido para que sean aceptadas.

**Yo reconozco que tengo conocimiento de los proveedores/profesionales médicos que forman parte de la cobertura que elija.**

SELECCIÓN DE COBERTURA	DEDUCIBLE
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Bronze PPO <sup>SM</sup> 201 - Two \$40 PCP Visits (dos consultas al médico de cabecera por \$40)	\$5,500
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Bronze PPO <sup>SM</sup> 202	\$2,850
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Silver PPO <sup>SM</sup> 203	\$1,450
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Silver PPO <sup>SM</sup> 102	\$3,750
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Gold PPO <sup>SM</sup> 204	\$750

SELECCIÓN DE COBERTURA	DEDUCIBLE
<input type="checkbox"/> Blue Precision Bronze HMO <sup>SM</sup> 205	\$6,000
<input type="checkbox"/> Blue Precision Silver HMO <sup>SM</sup> 206	\$2,250
<input type="checkbox"/> Blue Precision Gold HMO <sup>SM</sup> 207	\$500

SELECCIÓN DE COBERTURA	DEDUCIBLE
<input type="checkbox"/> BlueCare Direct Silver <sup>SM</sup> 212, in collaboration with Advocate Health Care	\$2,250
<input type="checkbox"/> Blue FocusCare Bronze <sup>SM</sup> 209	\$6,000
<input type="checkbox"/> Blue FocusCare Silver <sup>SM</sup> 210	\$3,750
<input type="checkbox"/> Blue FocusCare Gold <sup>SM</sup> 211	\$500

Solo para coberturas HMO: **ATENCIÓN ASEGURADAS:**

Al seleccionar su Grupo médico, recuerde que la red de su Grupo médico puede afectar su elección de ginecólogos-obstetras. Tiene derecho a recibir servicios de un ginecólogo-obstetra sin obtener primero una orden médica de su Grupo médico. Sin embargo, si su Grupo médico es parte de una red de proveedores restringida (LPN, en inglés), el ginecólogo-obstetra de quien recibe los servicios tiene que pertenecer a la misma red LPN que su Grupo médico. Esta es otra razón para asegurarse de que la red de su Grupo médico incluya los especialistas, especialmente el ginecólogo-obstetra, y los hospitales de su preferencia. No es necesario que elija a un ginecólogo-obstetra. Puede elegir recibir servicios de un ginecólogo-obstetra de su Grupo médico.

La cobertura a continuación incluye beneficios esenciales de salud, pero solo después de que los gastos compartidos de bolsillo alcancen el deducible alto/gasto máximo de bolsillo estipulado por ley.

Seleccione esta cobertura solo si es menor de 30 años antes de que empiece el año de la cobertura o si ha recibido una certificación que indique que está exento de lo que la ley estipula para los individuos debido a que no tiene opción de cobertura a precio razonable o tiene derecho a una exención por dificultades económicas. Por favor adjunte una copia de su certificado de exención con su solicitud.

<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Security PPO <sup>SM</sup> 200	\$7,350
---	---------

COBERTURA DE CONVERSIÓN	DEDUCIBLE
<input type="checkbox"/> Blue Precision Gold HMO <sup>SM</sup> 208	\$3,250

Muestre sus números de cobertura vigente de Blue Cross and Blue Shield.

NÚMERO DE GRUPO:

NÚMERO DE CERTIFICADO:

UBICACIÓN DE LA COMPAÑÍA BLUE CROSS AND BLUE SHIELD (CIUDAD/ESTADO)

# Sección C: Cobertura dental

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio ("ACA") requiere que tengamos la seguridad de que usted y cada asegurado en esta póliza tenga o busque cobertura para servicios dentales pediátricos, que son beneficios esenciales de salud. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere estos beneficios incluso cuando no haya nadie en la póliza que sea elegible para estos servicios.

Las aseguradoras pueden ofrecerle esta cobertura dental pediátrica requerida a través de coberturas llamadas "Coberturas dentales independientes certificadas por el Mercado de Seguros". Estas coberturas también se conocen como Coberturas dentales acreditadas para el Mercado de Seguros Médicos (Dental QHP, en inglés).

Hay tres maneras de cumplir con este requisito.

**1** Puede solicitar la cobertura BlueCare Dental<sup>SM</sup>, nuestra cobertura dental integral para adultos y con beneficios pediátricos esenciales de salud dental; o

**2** Puede solicitar la cobertura BlueCare Dental 4 Kids<sup>SM</sup>, nuestra cobertura dental limitada, solo con beneficios pediátricos esenciales de salud dental; o

**3** Puede confirmar que ha obtenido cobertura para beneficios pediátricos esenciales de salud dental por otro medio.

Revise sus opciones a continuación y seleccione una:

BlueCare Dental (Para todos los solicitantes)	DEDUCIBLE
<input type="checkbox"/> 1A	\$50
<input type="checkbox"/> 1B	\$75

BlueCare Dental 4 Kids (Para solicitantes menores de edad)	DEDUCIBLE
<input type="checkbox"/> 1A	\$50
<input type="checkbox"/> 1B	\$75

YO/NOSOTROS YA TENEMOS LA COBERTURA NECESARIA (YO Y CADA SOLICITANTE QUE APARECE EN LA SOLICITUD, ETC.) HE(MOS) OBTENIDO COBERTURA PARA BENEFICIOS PEDIÁTRICOS ESENCIALES DE SALUD DENTAL A TRAVÉS DE OTRA PÓLIZA.

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**Si no selecciona una opción, entonces usted y cada asegurado de la póliza recibirán la cobertura BlueCare Dental 4 Kids 1B, nuestra cobertura dental limitada, para que cumplamos con el requisito de ACA de brindar cobertura con beneficios pediátricos esenciales de salud dental.**

**AVISO:** Si al procesar su solicitud, BCBSIL considera que, por ley, es necesario incluir cobertura dental pediátrica en su cobertura médica, es posible que usted deba una prima más alta. Esta prima adicional será incluida en su primera factura regular por concepto de prima.

# Sección D:

## Información para el pago inicial de la prima

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Aviso: No cancele ninguna cobertura vigente hasta que su solicitud sea aprobada y su cobertura nueva entre en vigor.

Por favor seleccione una de las opciones siguientes para pagar su prima.

### COBRO A CUENTA BANCARIA

El cobro será debitado al recibir esta solicitud. Tiene que completar la Autorización que aparece a continuación.

UN COBRO A CUENTA BANCARIA

### AUTORIZACIÓN

**Se requiere solo para los Pagos con cobro a Institución financiera/cuenta bancaria**

Solicito y autorizo que BCBSIL y/o la entidad designada obtenga los pagos que venzan al iniciar cargos a mi cuenta en forma de cheques, giros contra cuenta corriente o cargos debitados electrónicamente, y solicito y autorizo que la Institución financiera nombrada a continuación acepte y cumpla lo mismo en mi cuenta. Si alguna fecha de retiro cae en día no hábil o en día feriado, el pago de la prima será retirado de mi cuenta al siguiente día hábil. Si se rechaza una transferencia electrónica de fondos (ACH, en inglés) con cargo a mi cuenta por insuficiencia de fondos (NSF, en inglés), entiendo que BCBSIL, a su propio juicio, tiene derecho a intentar el cobro nuevamente durante los próximos 30 días. También entiendo que tanto la Institución financiera como BCBSIL se reservan el derecho de dar por terminado este programa de pagos y/o mi participación en el mismo. Para realizar cambios a la Institución financiera de la que se obtienen mis pagos, entiendo que necesito proporcionar un aviso por teléfono a BCBSIL con al menos 15 días de anticipación a la fecha de retiro programada.

**Por favor complete la siguiente información; escriba la información a máquina o en letra de molde**

Autorizo que BCBSIL obtenga los pagos de la prima de la póliza de mi cuenta de ahorros o de mi cuenta de cheques.

**Por favor asegúrese de contar con los fondos correspondientes al momento de presentar la Solicitud. BCBSIL no se hace responsable de multas por insuficiencia de fondos.**

**POR FAVOR SELECCIONE UNA**

CUENTA DE CHEQUES  CUENTA DE AHORROS

**NOMBRE DE LOS DEPOSITANTES, SI NO ES EL SOLICITANTE**

**NÚMERO DE TRÁNSITO BANCARIO**

**NÚMERO DE CUENTA DEL DEPOSITANTE**

HE LEÍDO Y ACEPTO LA AUTORIZACIÓN ANTERIOR

**FIRMA DEL DEPOSITANTE**

**FECHA**

**PARENTESCO CON EL SOLICITANTE**

### OTRA FORMA DE PAGO

**PAGO CORRESPONDIENTE AL PRIMER MES DE COBERTURA POR \$ \_\_\_\_\_ ADJUNTO**

CHEQUE  GIRO POSTAL

**AVISO:** El haberle cobrado la Prima de la póliza no constituye aprobación de esta Solicitud. Si esta Solicitud no se aprueba, la Prima de la póliza será devuelta al Solicitante principal y ni el Solicitante principal ni otra persona que solicite cobertura por medio de esta Solicitud tendrá derecho a beneficios o cobertura.

**Política sobre pagos realizados por terceros:** BCBSIL únicamente acepta pagos de primas y gastos compartidos de: (1) el Solicitante; (2) la Familia del Solicitante; (3) Entidades por obligación (por ley BCBSIL tiene la obligación de aceptar pagos de primas y gastos compartidos, que en la actualidad son los programas Ryan White HIV/AIDS, según el Artículo XXVI de Public Health Service Act (ley federal de servicios de salud pública), tribus indígenas, organizaciones tribales y organizaciones indígenas en centros urbanos; y programas estatales y federales, como lo indica el Título 45 C.F.R. §156.1250 [Código de Regulaciones Federales]); y (4) fundaciones privadas no gubernamentales que facilitan al Solicitante ayuda financiera disponible para pagar primas y gastos compartidos: (a) para el período completo de cobertura del Contrato del Solicitante, (b) sin importar la condición de salud del Solicitante, y (c) sin condicionar la ayuda por solicitar cobertura con un emisor de seguros en particular o en una póliza de seguro de gastos médicos en específico. BCBSIL no acepta pagos de primas y gastos compartidos realizados por ningún otro tercero. Cualquier violación a esta política puede ocasionar que los pagos de primas y gastos compartidos realizados por un tercero no sean acreditados a la cuenta o cobertura del Solicitante, que a su vez puede ocasionar anulación o cancelación de cobertura.

Adicionalmente, entiendo que la cobertura que estoy solicitando no constituye un seguro de gastos médicos grupal patrocinado por alguna empresa, y no tiene la finalidad de ser un seguro de gastos médicos grupal patrocinado por alguna empresa. Declaro que la empresa para la que trabajo, de ser el caso, no contribuirá con ninguna parte de la prima ni rembolsará ninguna parte de la prima en relación con esta cobertura, ya sea ahora o en un futuro.

**Si renueva su cobertura de BCBSIL o si vuelve a solicitar cobertura de otro producto, tendrá que estar al día con los pagos de su prima. Cualquier pago de primas atrasadas para la cobertura que le hayamos proporcionado se vencerá al comienzo del nuevo año de la cobertura además de los cargos de la prima vigente. La nueva cobertura no entrará en vigor hasta que se realicen tales pagos.**

# Sección E:

## Información de facturación regular

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Aviso: No cancele ninguna cobertura vigente hasta que su solicitud sea aprobada y su cobertura nueva entre en vigor.

Por favor seleccione una de las siguientes opciones.

### COBRO A CUENTA BANCARIA

El cobro será debitado. Tiene que completar la Autorización que aparece a continuación.

UN COBRO MENSUAL A CUENTA BANCARIA

### AUTORIZACIÓN

**Se requiere solo para Pagos con cobro a Institución financiera/cuenta bancaria**

Solicito y autorizo que BCBSIL y/o la entidad designada obtenga los pagos que vengan al iniciar cargos a mi cuenta en forma de cheques, giros contra cuenta corriente o cargos debitados electrónicamente, y solicito y autorizo que la Institución financiera nombrada a continuación acepte y cumpla lo mismo en mi cuenta. Si alguna fecha de retiro cae en día no hábil o en día feriado, el pago de la prima será retirado de mi cuenta al siguiente día hábil. Si se rechaza una transferencia electrónica de fondos (ACH, en inglés) con cargo a mi cuenta por insuficiencia de fondos (NSF, en inglés), entiendo que BCBSIL, a su propio juicio, tiene derecho a intentar el cobro nuevamente durante los próximos 30 días. También entiendo que tanto la Institución financiera como BCBSIL se reservan el derecho de dar por terminado este programa de pagos y/o mi participación en el mismo. Para realizar cambios a la Institución financiera de la que se obtienen mis pagos, entiendo que necesito proporcionar un aviso por teléfono a BCBSIL con al menos 15 días de anticipación a la fecha de retiro programada.

**Por favor complete la siguiente información; escriba la información a máquina o con letra de molde**

Autorizo que BCBSIL obtenga los pagos de la prima de la póliza de mi cuenta de ahorros o de mi cuenta de cheques. Declaro ser usuario autorizado de esta cuenta de cheques o ahorros y que no impugnaré ante mi Institución financiera dichos retiros programados, siempre y cuando estos se efectúen con apego a los términos indicados en esta autorización.

**Por favor asegúrese de contar con los fondos correspondientes al momento de presentar la Solicitud. BCBSIL no se hace responsable de multas por insuficiencia de fondos.**

<b>POR FAVOR SELECCIONE UNA</b> <input type="checkbox"/> CUENTA DE CHEQUES <input type="checkbox"/> CUENTA DE AHORROS		<b>NOMBRE DE LOS DEPOSITANTES, SI NO ES EL SOLICITANTE</b>	
<b>NÚMERO DE TRÁNSITO BANCARIO</b>		<b>NÚMERO DE CUENTA DEL DEPOSITANTE</b>	
<input type="checkbox"/> HE LEÍDO Y ACEPTO LA AUTORIZACIÓN ANTERIOR			
<b>FIRMA DEL DEPOSITANTE</b>		<b>FECHA</b>	<b>PARENTESCO CON EL SOLICITANTE</b>

### PAGOS DOMICILIADOS (DIRECT BILLING)

FACTURA MENSUAL IMPRESA     FACTURA MENSUAL ELECTRÓNICA    CORREO ELECTRÓNICO:

**AVISO:** El haberle cobrado la Prima de la póliza no constituye aprobación de esta Solicitud. Si esta Solicitud no se aprueba, la Prima de la póliza será devuelta al Solicitante principal y ni el Solicitante principal ni otra persona que solicite cobertura por medio de esta Solicitud tendrá derecho a beneficios o cobertura.

**Política sobre pagos realizados por terceros:** BCBSIL únicamente acepta pagos de primas y gastos compartidos de: (1) el Solicitante; (2) la Familia del Solicitante; (3) Entidades por obligación (por ley BCBSIL tiene la obligación de aceptar pagos de primas y gastos compartidos, que en la actualidad son los programas Ryan White HIV/AIDS, según el Artículo XXVI de Public Health Service Act (ley federal de servicios de salud pública), tribus indígenas, organizaciones tribales y organizaciones indígenas en centros urbanos; y programas estatales y federales, como lo indica el Título 45 C.F.R. § 156.1250 [Código de Regulaciones Federales]); y (4) fundaciones privadas no gubernamentales que facilitan al Solicitante ayuda financiera disponible para pagar primas y gastos compartidos: (a) para el período completo de cobertura del Contrato del Solicitante, (b) sin importar la condición de salud del Solicitante, y (c) sin condicionar la ayuda por solicitar cobertura con un emisor de seguros en particular o en una póliza de seguro de gastos médicos en específico. BCBSIL no acepta pagos de primas y gastos compartidos realizados por ningún otro tercero. Cualquier violación a esta política puede ocasionar que los pagos de primas y gastos compartidos realizados por un tercero no sean acreditados a la cuenta o cobertura del Solicitante, que a su vez puede ocasionar anulación o cancelación de cobertura.

Adicionalmente, entiendo que la cobertura que estoy solicitando no constituye un seguro de gastos médicos grupal patrocinado por alguna empresa, y no tiene la finalidad de ser un seguro de gastos médicos grupal patrocinado por alguna empresa. Declaro que la empresa para la que trabajo, de ser el caso, no contribuirá con ninguna parte de la prima ni reembolsará ninguna parte de la prima en relación con esta cobertura, ya sea ahora o en un futuro.

# Sección F: Declaración de representación (Proxy)

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE REPRESENTACIÓN (PROXY)

### DECLARACIÓN DE REPRESENTACIÓN (PROXY)

El abajofirmante por este medio nombra a la Junta Directiva de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, o a cualquier sucesor de la misma ("HCSC"), con pleno poder de sustitución, y a las personas que la Junta Directiva pueda nombrar por medio de una resolución, como el representante del abajofirmante para actuar en nombre del abajofirmante en todas las reuniones de asegurados de HCSC (y en todas las reuniones de asegurados de cualquier sucesor de HCSC) y cualquier aplazamiento de las mismas, con pleno poder para votar en nombre del abajofirmante sobre todos los asuntos que puedan surgir en cualquiera de esas reuniones y cualquier aplazamiento de las mismas. La reunión anual de asegurados se tiene que llevar a cabo cada año en la sede corporativa (300 E. Randolph St., Chicago, Illinois 60601) el último martes de octubre a las 12:30 p. m. Se puede convocar a reuniones especiales de asegurados siempre y cuando se les notifique por correo a más tardar 30 días antes de la reunión, pero no con más de 60 días de anticipación. Esta representación se mantendrá vigente hasta que el abajofirmante la revoque por escrito al menos 20 días antes de cualquier reunión de asegurados o que el abajofirmante asista y vote en persona en cualquier reunión de asegurados anual o especial.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (OPCIONAL):  
TAMBIÉN TIENE QUE FIRMAR EN LA "SECCIÓN H"

FECHA

ESCRIBA SU NOMBRE COMO LO FIRMÓ:

# Sección G: Información de otra cobertura

## INFORMACIÓN DE OTRA COBERTURA

INDIQUE SI ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE ESTÁ SOLICITANDO COBERTURA TIENE COBERTURA DE BCBSIL O SEGURO DE GASTOS MÉDICOS O SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES CON ALGUNA OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA O COBERTURA MÉDICA MEDIANTE ALGÚN PROGRAMA RESPALDADO POR EL GOBIERNO O POR IMPUESTOS, MEDICARE INCLUIDO, CON APEGO A LA LEY, YA SEA COMO ASEGURADO PRINCIPAL, CÓNYUGE O DERECHOHABIENTE O SI TUVO ALGUNA DE ESTAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.  S  N

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NOMBRE EN LA PÓLIZA ANTERIOR (DE SER EL CASO)	NÚMERO DE ASEGURADO/GRUPO (OPCIONAL)
NOMBRE DEL SOLICITANTE	NOMBRE EN LA PÓLIZA ANTERIOR (DE SER EL CASO)	NÚMERO DE ASEGURADO/GRUPO (OPCIONAL)

## REEMPLAZO DE COBERTURA

¿ESTE SEGURO REMPLAZARÁ ALGÚN OTRO SEGURO MÉDICO VIGENTE?  S  N

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LEA LA DECLARACIÓN A CONTINUACIÓN Y COMPLETE LO SIGUIENTE:

INDIQUE TODAS LAS COBERTURAS QUE SE REMPLAZARÁN

ASEGURADO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE TERMINACIÓN

### AVISO PARA EL SOLICITANTE EN RELACIÓN CON EL REMPLAZO DE UN SEGURO CONTRA ACCIDENTES Y ENFERMEDAD

Si su respuesta anterior fue "SÍ", entonces, usted tiene la intención de cancelar o de alguna manera dar por terminado un seguro existente de accidentes y enfermedad y reemplazarlo con un contrato que será emitido por BCBSIL. Para su propia información y protección, debe estar enterado y tomar en cuenta seriamente ciertos factores que pueden afectar la protección del seguro disponible para usted en el nuevo contrato.

1. Usted puede obtener la asesoría de su compañía aseguradora actual o su agente de seguros en relación con el reemplazo propuesto de su contrato actual. Este no es solo su derecho, sino también es en beneficio suyo para asegurarse de que entiende todos los factores relevantes involucrados en el reemplazo de su cobertura actual.
2. Si, después de la debida consideración, aún desea cancelar su contrato actual y reemplazarlo con cobertura nueva, asegúrese de responder verazmente y en su totalidad todas las preguntas de esta solicitud en relación con cualquier persona que solicita cobertura. El no incluir toda la información esencial en cualquier solicitud puede servir de fundamento para que BCBSIL rechace cualquier futura reclamación y que rembolsé la prima de la póliza como si su contrato nunca hubiera tenido vigencia. Después de haber completado la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla cuidadosamente para asegurarse de que toda la información se ha registrado correctamente.
3. Se recomienda que no cancele su contrato actual hasta que esté seguro de que su solicitud para el nuevo contrato ha sido aceptada por BCBSIL.

# Sección H: Firmas obligatorias

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTOS

El Solicitante, según su leal saber y entender, expresa y acepta lo siguiente:

1. Esta Solicitud no es una cobertura. La Cobertura de gastos médicos entrará en vigor hasta la fecha de entrada en vigor indicada en la póliza y hasta que esté pagada la prima correspondiente al primer mes de cobertura.
2. Si recibo los servicios de un agente o corredor de seguros, ellos no pueden aceptar riesgos ni modificar las pólizas o los requisitos de BCBSIL.
3. Mi prima, y la de mi cónyuge y/o derechohabiente(s), de ser el caso, se calculará con base en las leyes y regulaciones vigentes.
4. Yo entiendo que se anulará la cobertura si cualquier persona, ya sea en mi nombre o el de mi cónyuge o el de cualquier derechohabiente, a sabiendas presenta una reclamación fraudulenta por el pago de alguna pérdida o beneficio o si presenta información falsa o fraudulenta en relación con datos esenciales en esta Solicitud. La anulación se define como una cancelación o interrupción de la cobertura con efecto retroactivo, cancelándose la cobertura al primer día de entrada en vigor. Entiendo que se me proporcionará un aviso por escrito con al menos 30 días de anticipación a la fecha en que mi cobertura o la de mis derechohabientes serán anuladas.
5. Si recibe los servicios de un Agente o Corredor de seguros para contratar una Póliza de cobertura médica para particulares, entonces BCBSIL puede pagarle al corredor de seguros una comisión y/u otra compensación. Yo entiendo que, si deseo información adicional sobre cualquier comisión u otra compensación pagada al agente de seguros o corredor de seguros, deberé comunicarme con el agente de seguros o corredor de seguros.

**Acuerdo:** Yo entiendo que todas las declaraciones y respuestas en esta Solicitud son afirmaciones. Según mi leal saber y entender, estas afirmaciones son verdaderas y están completas. Estas afirmaciones constituyen la base de mi Solicitud. Yo entiendo que la cobertura tendrá vigencia después del pago completo correspondiente al primer mes de cobertura. El Solicitante abajofirmante y su corredor de seguros reconocen que el Solicitante leyó la solicitud una vez llena y que entiende la Solicitud, la cual formará parte del contrato entre BCBSIL y el Solicitante. Según mi leal saber y entender, las declaraciones y respuestas en esta Solicitud son verdaderas, precisas y están completas.

**Autorización:** Yo autorizo que cualquier profesional médico, hospital, clínica o centro médico, agencia gubernamental, administrador de beneficios de medicamentos, farmacia, centro de información de farmacia u otra persona o firma médicamente relacionados, le divulguen a BCBSIL o a sus representantes autorizados información, incluyendo copias de expedientes, en relación con asesoría, atención y tratamientos que yo y/o mis derechohabientes hayamos recibido, incluyendo, sin restricciones, información en relación con recetas médicas y consumo de drogas o alcohol. Yo también autorizo la divulgación de información en relación con enfermedades mentales. Además, yo autorizo que BCBSIL revise e investigue información en sus propios expedientes Yo entiendo que BCBSIL divulgará únicamente la información recopilada a las entidades médicas que estén relacionadas con mi atención médica, según sea necesario.

Yo entiendo que BCBSIL puede volver a divulgar información obtenida con mi autorización con apego a la ley. Si se requiere dicha divulgación, la persona o agencia que la reciba será responsable de protegerla.

A partir de hoy, esta Autorización tiene una validez de dos años, o hasta que yo dé por terminada la cobertura. Yo entiendo que en cualquier momento tengo derecho a revocar la Autorización, comunicándome con BCBSIL por escrito. Asimismo, yo también entiendo que yo o cualquier representante autorizado recibiremos copia de esta autorización, previa solicitud. Cualquier revocación no afectará las actividades de BCBSIL previo a la fecha en que BCBSIL reciba dicha revocación.

**Firmas:** Yo acuso recibo del Esquema requerido de Cobertura y acepto que esta Cobertura para particulares debe pagarse como mi gasto personal y que esta Cobertura se ofrece con mi entendimiento de que pagaré personalmente, por medio de un familiar o uno de los terceros autorizados, según se explica en esta Solicitud, a BCBSIL directamente. Yo entiendo que BCBSIL no acepta pagos de primas de la póliza o gastos compartidos directamente de terceros, excepto los mencionados en la Sección D (familiares, Entidades por obligación, algunas fundaciones privadas no gubernamentales). Yo entiendo que cualquier violación de estos términos puede ocasionar que los pagos de primas y gastos compartidos realizados por terceros no sean acreditados a mi cuenta o cobertura, que a su vez puede ocasionar la cancelación de mi cobertura por falta de pago de la prima.

**Declaración y Reconocimiento de Períodos especiales de inscripción:** Yo entiendo que, si estoy solicitando cobertura fuera del Período de inscripción abierta, deberé reunir los requisitos para un Período especial de inscripción (SEP, en inglés). Yo entiendo que, para tener derecho a un Período especial de inscripción, tendré que haber experimentado un suceso elegible dentro de los 60 días anteriores, y deberé presentar junto con esta Solicitud los comprobantes correspondientes que acrediten cualquier suceso elegible para que BCBSIL verifique mi elegibilidad.

Yo afirmo que el material que anexo es válido y yo entiendo que no incluir comprobantes para acreditar sucesos elegibles ocasionará retrasos en mi Solicitud y en la fecha de entrada en vigor de la cobertura o a su vez evitará dicho proceso.

**Advertencia:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de causar daño, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora, presente cualquier reclamación por los ingresos de una póliza de seguro que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL	FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE (SI CORRESPONDE)	FECHA
PADRE O TUTOR DE UN MENOR	FECHA
SI UN REPRESENTANTE PERSONAL FIRMA ESTA AUTORIZACIÓN EN NOMBRE DE UNA PERSONA (QUE NO SEA UNO DE LOS PADRES DE UN HIJO MENOR), COMPLETE LO SIGUIENTE:	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE PERSONAL (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)	PARENTESCO:
¿AUTORIZA QUE SU CÓNYUGE O DERECHOHABIENTE(S) ADULTO(S) PROPORCIONEN INFORMACIÓN ADICIONAL EN CASO DE QUE ESTA SOLICITUD RESULTE INCOMPLETA? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	



# Sección I: Información del agente de seguros

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DEL AGENTE DE SEGUROS

Declaración del agente de seguros: Yo declaro que envié la solicitud al/a los Solicitante(s) para que la complete(n) o que personalmente hice las preguntas y anoté las respuestas según como se respondieron. Además, declaro que yo no tengo conocimiento de ninguna otra información médica acerca del/de los Solicitante(s) que no esté incluida en esta solicitud y que se le(s) envió al/a los Solicitante(s) material escrito en el que se explican los beneficios, exclusiones y estipulaciones del contrato. Yo declaro que he entregado el Esquema requerido de Cobertura y, si se solicitó, la Declaración de Divulgación.

## INFORMACIÓN DEL AGENTE DE SEGUROS (si corresponde)

FIRMA DEL AGENTE DE SEGUROS	FECHA	N.º DE AGENTE DE SEGUROS	VERIFICACIÓN DEL AGENTE (P&C CROSS REFERENCE)
NOMBRE DEL AGENTE DE SEGUROS EN LETRA DE MOLDE	TELÉFONO DEL AGENTE DE SEGUROS	FAX DEL AGENTE DE SEGUROS	
CORREO ELECTRÓNICO DEL AGENTE DE SEGUROS			

## GRACIAS POR PRESENTAR SU SOLICITUD.

Por favor presente toda la documentación necesaria junto con esta solicitud.

Si es tutor de un menor, por favor adjunte el decreto firmado por la corte.

Visite [espanol.bcbsil.com/member](http://espanol.bcbsil.com/member) y haga clic en **Qué esperar** para consultar preguntas frecuentes sobre su estatus como asegurado, pagos y beneficios.