BlueCross BlueShield of Illinois

Underwritten by HCSC Insurance Services Company

Únicamente para uso administrativo

Solicitud de cobertura de Seguro Suplementario de Medicare

Instrucciones

1. A fin de ser considerado para recibir cobertura, usted debe tener las Partes A y B de Medicare, residir en Illinois, y: a) tener 65 años o más; o b) presentar la solicitud en el plazo de 6 meses desde la fecha de entrada en vigor de su cobertura Parte B de Medicare.
2. **Si envía una solicitud impresa, complétela con bolígrafo. Firme y escriba la fecha en las líneas correspondientes en las páginas 7, 8 y 13.** ¡No envíe dinero ahora! No debe efectuar ningún pago hasta que tenga la oportunidad de revisar su póliza y asegurarse de que la cobertura sea adecuada para usted.

Elección de cobertura

Marque una casilla para solicitar una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare.

☐ **Cobertura "Plan A Secure"** ☐ **Cobertura "Plan G Secure"** ☐ **Cobertura "Plan N Secure"**

☐ **Cobertura "Plan F Secure"** ☐ **Cobertura "Plan G Plus"**

Fecha de entrada en vigor para la póliza solicitada: ____/____/____

Aviso: La cobertura "Plan F Secure" solo está disponible para usted si cumple con los requisitos de Medicare antes de 2020.

Información del solicitante

Nombre	(Segundo nombre)	(Apellido)	
Dirección particular (no puede ser un apartado postal)	Ciudad	Estado **IL**	Código postal
Dirección de correspondencia/facturación	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal	Teléfono secundario	Edad	Fecha de nacimiento / /
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	N.º de Seguro Social	Correo electrónico	
Medio de comunicación preferido: ☐ Correo postal ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico			

Nombre del solicitante: _____

Consumo de tabaco

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) define a un consumidor de tabaco como una persona que consume o ha consumido algún producto de tabaco en los últimos 6 meses antes de la fecha de solicitud de cobertura. Esto incluye, entre otros, cigarrillos, cigarros, productos de tabaco sin humo, cigarrillos electrónicos, productos de tabaco solubles y vapeadores.

En los últimos 6 meses, ¿ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana, sin incluir el consumo por actividades religiosas o ceremoniales?	☐ Sí	☐ No

Descuentos en las primas

Puede haber un descuento en la prima del Seguro Suplementario de Medicare de BCBSIL. Consulte la información a continuación. Si es elegible para un descuento, este se aplicará a su próxima factura y permanecerá vigente, siempre y cuando cuente con una cobertura vigente de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSIL. Los descuentos no se pueden combinar con otros; solo se permite un tipo de descuento por asegurado.

Descuento por hogar con varios asegurados

Puede ser elegible para obtener un descuento si reside con un cónyuge o una pareja en unión libre o civil O si ha residido con hasta tres adultos mayores de 60 años durante los últimos 12 meses. Se aplica a las pólizas de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSIL que entraron en vigor el 1.º de mayo de 2019 o en una fecha posterior.

¿Desea solicitar este descuento?	☐ Sí	☐ No

Descuento Continue with Blue℠ por continuar con una de nuestras coberturas

Es posible que sea elegible si tuvo cobertura comercial grupal a través del empleo o de un seguro médico particular de Blue Cross and Blue Shield que haya sido emitida en Illinois, Montana, Nuevo México, Oklahoma o Texas y si esa cobertura estuvo vigente dentro de un año desde que la póliza de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSIL entró en vigor. Se aplica a las pólizas de Seguro de Suplementario de Medicare de BCBSIL emitidas con fecha de entrada en vigor a partir del 1.º de abril de 2022.

¿Desea solicitar este descuento?	☐ Sí	☐ No

Si la respuesta es "**Sí**", proporcione el número del titular de la póliza comercial grupal o particular que tuvo:

Nombre del solicitante: _____

Opción de pago (Seleccione una opción de pago)

1. Pago de prima **por transferencia electrónica bancaria** (elija una): ☐ **Cuenta de cheques** ☐ **Cuenta de ahorro**

Nombre del titular de la cuenta:	
Nombre del banco:	
Número de ruta bancaria:	Número de cuenta bancaria:
Firma del titular de la cuenta (si no es el solicitante)	

Acuerdo de autorización de débito bancario

Al firmar esta solicitud, solicito y autorizo que BCBSIL o su entidad designada obtenga los pagos con vencimiento mediante cobros a mi cuenta de cheques o de ahorros, ya sea con cheques, giros contra cuenta corriente o cargos debitados electrónicamente; y solicito y autorizo que la Institución financiera aquí nombrada acepte y haga válida esta autorización.

Entiendo que esta solicitud de cobertura no se trata de una cobertura médica disponible como prestación laboral (grupal) y no pretende ser, de ninguna manera, un seguro de gastos médicos patrocinado por algún empleador. Certifico que el(los) empleador(es) de aquellos que soliciten cobertura no aportará(n) ninguna parte de la prima ni proporcionará(n) rembolso de ninguna parte de la prima ahora o en el futuro.

También entiendo que tanto la institución financiera como BCBSIL se reservan el derecho de finalizar este programa de pagos o mi participación en el mismo. Para hacer un cambio de institución financiera de la que se efectúan los pagos, entiendo que tendré que proporcionar un aviso por teléfono con al menos 10 días de anticipación a la fecha de retiro programada. Autorizo que BCBSIL deduzca los pagos de la prima de mi cuenta de cheques o de ahorros. Si la fecha del débito cae en un día no laborable o en un día feriado, el pago de la prima se deducirá de mi cuenta el siguiente día laborable.

2. ☐ Facturación de la prima **por correo postal**

3. Pagaré la prima: ☐ **Mensualmente** ☐ **Trimestralmente** ☐ **Semestralmente** ☐ **Anualmente**

Número de beneficiario de Medicare

Copie el Número de beneficiario de Medicare de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Debe proporcionarnos este número para completar su proceso de solicitud.

Número de beneficiario de Medicare ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fecha de entrada en vigor de la Parte A: /	Fecha de entrada en vigor de la Parte B: /

Nombre del solicitante: _____

Información de protección al consumidor

Si perdió o está a punto de perder otra cobertura de seguro médico y recibió un aviso de su compañía de seguros anterior que le informaba que cumplía con los requisitos para una cobertura garantizada de una póliza de Seguro Suplementario de Medicare o que tenía ciertos derechos para contratar dicha póliza, es posible que tenga garantizada la aceptación en una o más de nuestras coberturas de Seguro Suplementario de Medicare. **Incluya una copia del aviso de su compañía de seguros anterior en su solicitud.**

Responda todas las preguntas.
Según su leal saber y entender, marque Sí o No a continuación con una "X".

1. ¿Cumplió 65 años en los últimos 6 meses?	☐ Sí	☐ No
2. ¿Solicitó cobertura de la Parte B de Medicare en los últimos 6 meses?	☐ Sí	☐ No
Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de entrada en vigor?	Fecha de entrada en vigor:	
3. ¿Tiene cobertura para asistencia médica a través del programa Medicaid del estado? **AVISO PARA EL SOLICITANTE:** *Si usted participa en un Programa "Spend-Down" (de deducción de gastos médicos) y aún no ha pagado la "parte de los costos" que le corresponde, responda NO a esta pregunta.*	☐ Sí	☐ No
a. Si la respuesta es sí, ¿Medicaid pagará las primas de su póliza suplementaria de Medicare?	☐ Sí	☐ No
b. Si la respuesta es sí, ¿recibe algún beneficio de Medicaid ADEMÁS DE los pagos de la prima de la Parte B de Medicare?	☐ Sí	☐ No
4. Si tuvo una cobertura Medicare además de Original Medicare durante los últimos 63 días (por ejemplo, una cobertura Medicare Advantage o una cobertura HMO o PPO de Medicare), indique las fechas de inicio y finalización. *(Si aún tiene esta cobertura, deje la "Fecha de finalización" en blanco).*	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
a. Si aún tiene cobertura Medicare, ¿pretende remplazar su cobertura actual con esta nueva póliza suplementaria de Medicare?	☐ Sí	☐ No
b. ¿Esta fue la primera vez que tuvo este tipo de cobertura Medicare?	☐ Sí	☐ No
c. ¿Dio de baja una póliza de Medicare Advantage para solicitar la cobertura Medicare?	☐ Sí	☐ No

Nombre del solicitante: _____

Información de protección al consumidor		
5. ¿Tiene otra póliza suplementaria de Medicare vigente?	☐ Sí	☐ No
a. Si la respuesta es <u>sí</u>, ¿qué cobertura tiene y con qué compañía aseguradora? _____		
b. Si la respuesta es <u>sí</u>, ¿pretende remplazar su póliza suplementaria de Medicare vigente con esta póliza?	☐ Sí	☐ No
6. ¿Ha recibido cobertura conforme a cualquier otro seguro de gastos médicos durante los últimos 63 días?	☐ Sí	☐ No
a. Si la respuesta es <u>sí</u>, ¿qué tipo de póliza tiene y con qué compañía aseguradora? *(Por ejemplo, a través de un empleador, un sindicato o una cobertura particular)* _____		
b. ¿Cuáles son las fechas de cobertura conforme a la otra póliza? *(Si aún tiene cobertura conforme a la otra póliza, deje la "Fecha de finalización" en blanco).*	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:

Nombre del solicitante: _____

Declaraciones
1. Usted no necesita más que una póliza suplementaria de Medicare.
2. Si contrata esta póliza, es posible que deba evaluar su cobertura médica actual y decidir si necesita más de un tipo de cobertura además de los beneficios y servicios de Medicare.
3. Es posible que sea elegible para recibir beneficios y servicios de Medicaid y no necesite una póliza suplementaria de Medicare.
4. Si después de contratar esta póliza llega a ser elegible para Medicaid, puede solicitar que se suspendan las primas, los beneficios y los servicios de su póliza suplementaria de Medicare por 24 meses, mientras tenga derecho a la cobertura Medicaid. Debe solicitar esta suspensión en el plazo de 90 días a partir de haber adquirido elegibilidad para Medicaid. Si ya no tiene derecho a la cobertura Medicaid, se restablecerá su póliza suplementaria de Medicare suspendida (o, si esta ya no está disponible, una póliza similar) si se solicita en el plazo de 90 días desde la pérdida de su elegibilidad para Medicaid*.
5. Si usted es elegible, y ha solicitado cobertura de una póliza suplementaria de Medicare por discapacidad y luego recibe cobertura médica a través de un empleador o sindicato, puede solicitar que se suspendan las primas, los beneficios y los servicios de la póliza suplementaria de Medicare mientras tenga cobertura médica a través del empleador o sindicato. Si suspende su póliza suplementaria de Medicare en estas circunstancias y luego pierde su cobertura médica grupal a través del empleador o sindicato, se restablecerá su póliza suplementaria de Medicare suspendida (o, si esta ya no está disponible, una póliza similar) si se solicita en el plazo de 90 días desde la pérdida del seguro de gastos médicos a través del empleador o sindicato*.
6. Es posible que tenga acceso a servicios de asesoramiento en su estado para orientarlo con respecto a la contratación de una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare y la asistencia médica a través del programa Medicaid del estado, incluidos los beneficios disponibles para beneficiarios calificados de Medicare (QMB, en inglés) y beneficiarios especificados de Medicare de bajos ingresos (SLMB, en inglés). Para obtener información sobre elegibilidad para Medicaid, llame a la oficina del Seguro Social de su localidad. Si tiene preguntas sobre las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
7. Según el Proyecto de Ley 147 del Senado de Illinois, si usted tiene entre 65 y 75 años y se inscribió en una póliza de Seguro Suplementario de Medicare, tiene derecho a un período anual de inscripción abierta de 45 días que inicia el día de su cumpleaños. Durante ese tiempo, podrá contratar una póliza de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSIL que incluya servicios similares o inferiores a los que incluía su cobertura anterior. Esta póliza no se puede negar ni condicionar, ni se puede discriminar en el precio de la cobertura por el estado de salud, el historial de reclamaciones, la atención médica recibida o algún problema médico del interesado. La contratación de una nueva póliza de Seguro Suplementario de Medicare requiere que la recontratación se realice dentro de los 45 días.
* Si la póliza suplementaria de Medicare proporcionaba cobertura para medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados y usted solicitó la cobertura de la Parte D de Medicare durante la suspensión de su póliza, la póliza restablecida no incluirá cobertura para medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados, sino que será parecida a la cobertura que tenía antes de la fecha de la suspensión.

¿Tiene alguna pregunta?

Llámenos a nuestro número para llamadas gratuitas de Servicio al Cliente al **877-384-9297**, llame a su agente de seguros al número que figura en la página 9 o visite **espanol.bcbsil.com**.

Nombre del solicitante: _____

Declaración de representación (Proxy)

El abajofirmante por este medio nombra a la Junta Directiva de HCSC Insurance Services Company, a Mutual Legal Reserve Company, o a cualquier sucesor de la misma ("HISC"), con pleno poder de sustitución y a las personas que la Junta Directiva pueda nombrar por medio de una resolución, como el representante del inscrito para actuar en nombre del inscrito en todas las reuniones de asegurados de HISC (y en todas las reuniones de asegurados de cualquier sucesor de HISC) 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 llevará a cabo cada año en la sede central corporativa (300 E Randolph St., Chicago, IL 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 continuará en vigor 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 solicitante (opcional):	
Escriba su nombre en letra de molde como lo firmó:	Fecha: / /

Nombre del solicitante: _____

Reconocimientos y firma

1. Por la presente, solicito cobertura y una copia de la póliza suplementaria de Medicare indicada para revisarla.

2. Entiendo que, una vez recibido mi primer pago de la prima, tendré cobertura a partir de la fecha que figura en la tarjeta de asegurado de la Compañía. Una vez que la cobertura comience, entiendo que tengo 30 días para devolver los materiales de mi póliza y recibir un rembolso completo por cualquier prima que haya pagado. Los servicios tienen cobertura solo cuando se reciben en la fecha de entrada en vigor de la póliza elegida o después de esta, excepto en el caso de servicios para pacientes internados, ya que para tener cobertura el paciente debe ser ingresado cuando la póliza entre en vigor o en una fecha posterior.

3. Por la presente, reconozco que las declaraciones y las respuestas en esta solicitud, incluidas, entre otras, las respuestas relacionadas con la edad y el historial clínico, son verdaderas y están completas a mi leal saber y entender. Acepto que la Compañía, al creer en su veracidad, confiará y actuará en consecuencia. Por la presente, acepto proporcionar cualquier información adicional, en caso de ser solicitada.

4. Entiendo que la Compañía tiene derecho a rechazar mi solicitud. Si la Compañía rechaza mi solicitud, seré notificado por escrito. Si esta solicitud se acepta, formará parte de la póliza de seguro.

5. Reconozco que he leído y entiendo la sección Declaraciones con respecto a la cobertura suplementaria de Medicare. Si soy elegible para una cobertura Medicare Select, también he leído y entiendo las declaraciones con respecto a Medicare Select según lo descrito en el Esquema de cobertura. 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 podría ser culpable de un delito.

6. Reconozco que cualquier agente de seguros que actúe en mi nombre para contratar un seguro y que, si la Compañía acepta esta solicitud y emite una póliza individual, la Compañía puede pagarle al agente de seguros una comisión u otra forma de compensación relacionada con la emisión de dicha póliza.

7. Reconozco que si deseo información adicional sobre cualquier comisión u otra forma de compensación que la Compañía le pague al agente de seguros por la emisión de la póliza individual, me comunicaré con el agente de seguros.

8. Reconozco que he recibido una copia del documento Medicare Supplement Buyer's Guide (una guía para clientes interesados en una cobertura suplementaria de Medicare).

9. ☐ **Esquema de cobertura:** Acuso recibo del Esquema de cobertura.

Firma obligatoria

Debe firmar **con un bolígrafo** y escribir la fecha para evitar retrasos en el procesamiento. En los casos de Poderes y Tutelas, envíe copias de los documentos judiciales con la solicitud.

Solicitante:	Fecha: / /

Nombre del solicitante: _____

Información del agente de seguros (si corresponde)	
Un agente de seguros debe completar la siguiente información si el Solicitante contrata la cobertura a través de un agente de seguros.	
Enumere cualquier otra póliza o cobertura de seguro de gastos médicos vendidas al solicitante que aún estén vigentes:	
Enumere cualquier otra póliza o cobertura de seguro de gastos médicos vendidas al solicitante en el plazo de los últimos cinco (5) años que ya no estén vigentes:	
He reafirmado que la información proporcionada en esta solicitud es precisa y está completa.	
Firma del agente de seguros:	Fecha: / /
Nombre en letra de molde:	Código del corredor de seguros:
Nombre de la agencia (si corresponde):	Teléfono del agente de seguros:

Nombre del solicitante: _____

CONTINÚE EN ESTA PÁGINA SI NO ES LA PRIMERA VEZ QUE ES ELEGIBLE PARA SOLICITAR COBERTURA DE MEDICARE POR EDAD O DISCAPACIDAD.

Elegibilidad para cobertura garantizada

Marque Sí o No con una "X" en las preguntas del 1 al 8. Si su respuesta es "Sí" para cualquier pregunta y presenta su solicitud antes del día 63, después de haber terminado la cobertura, usted cumple con los requisitos para la cobertura garantizada de esta póliza suplementaria de Medicare. Si es elegible para la cobertura garantizada de esta póliza, no complete la sección Historial clínico/Preguntas médicas que comienza en la página 12. Continúe en la página 13 y firme la Autorización médica.

¿Ha estado en alguna de las situaciones descritas a continuación y en la página siguiente?

1. La persona cuenta con una cobertura de prestaciones sociales para empleados que proporciona servicios médicos que complementan los beneficios y servicios que recibe a través de Medicare, y la cobertura finaliza o deja de proporcionarle todos esos servicios médicos suplementarios a la persona; o bien, la persona cuenta con una cobertura de prestaciones sociales para empleados que es la cobertura principal respecto de Medicare, y la cobertura finaliza o deja de proporcionarle todos los servicios médicos a la persona debido a que esta abandona la cobertura.	☐ Sí	☐ No
2. La persona cuenta con una cobertura Medicare Advantage, conforme a la Parte C de Medicare, proporcionada por una organización Medicare Advantage, y se aplica cualesquiera de las siguientes circunstancias; o bien, la persona es mayor de 65 años y cuenta con cobertura a través de una organización que ofrece el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, en inglés) conforme a la sección 1894 de la Ley de Seguridad Social, y se aplican circunstancias similares a las descritas a continuación que permitirían la suspensión de la cobertura con dicha organización si esa persona estuviera asegurada mediante una cobertura Medicare Advantage: **(A)** la certificación de la organización o de la cobertura se canceló; o **(B)** la organización canceló o, de otro modo, suspendió la prestación de la cobertura en el área donde reside la persona; **(C)** la persona ya no cumple con los requisitos para seleccionar la cobertura debido a un cambio en su lugar de residencia u otro cambio en las circunstancias especificadas por la Secretaría, que no incluyen la cancelación de la cobertura de la persona en virtud de lo descrito en la sección 1851 (g)(3)(B) de la Ley de Seguridad Social (cuando la persona no ha pagado las primas de forma oportuna o su comportamiento ha sido problemático según lo especificado en los estándares de la sección 1856), o la cobertura finaliza para todas las personas en determinada área de residencia; **(D)** la persona demuestra, conforme a pautas establecidas por la Secretaría, que: (i) la organización que ofrece la cobertura violó considerablemente una estipulación importante del contrato de la organización conforme a la Parte D, del Subcapítulo XVIII, del Capítulo 7, del Título 42 del Código de los Estados Unidos, en relación con la persona, incluido el hecho de no haberle proporcionado de forma oportuna la atención médicamente necesaria incluida en la cobertura o el hecho de no haberle proporcionado dicha atención con cobertura según los estándares de calidad correspondientes; o (ii) la organización o el agente de seguros u otra entidad que representa a la organización distorsionó significativamente las estipulaciones de la cobertura al intentar vendérsela a la persona; o **(E)** la persona cumple otras condiciones excepcionales que la Secretaría pueda establecer.	☐ Sí	☐ No

Nombre del solicitante: _____

Elegibilidad para cobertura garantizada		
3. La persona está asegurada mediante una entidad que aparece en los subpárrafos (A) a (D) de este párrafo y la condición de asegurado finaliza conforme a las mismas circunstancias que permitirían la suspensión de la elección de cobertura de una persona conforme al párrafo (2) de esta subsección: **(A)** una organización que cumple con los requisitos y que tiene un contrato conforme a la sección 1876 de la Ley de Seguridad Social (costo de Medicare); **(B)** una organización similar que opera conforme a la autoridad de un proyecto de demostración, vigente para los períodos anteriores al 1.° de abril de 1999; **(C)** una organización con un acuerdo conforme a la sección 1833(a)(1)(A) de la Ley de Seguridad Social (una organización que prepaga servicios de atención médica); o **(D)** una organización conforme a una póliza Medicare Select; y	☐ Sí	☐ No
4. La persona está asegurada conforme a una póliza suplementaria de Medicare y la condición de asegurado finalizó por alguno de estos motivos: **(A)** la insolvencia del emisor o la quiebra de la organización no emisora; u otra cancelación involuntaria de la cobertura o de la condición de asegurado conforme a la póliza; **(B)** el emisor de la póliza violó considerablemente una estipulación importante de la póliza; o **(C)** el emisor o un agente de seguros u otra entidad que representa al emisor falsificó significativamente las estipulaciones de la póliza al intentar vendérsela a la persona;	☐ Sí	☐ No
5. La persona estaba asegurada conforme a una póliza suplementaria de Medicare y canceló la cobertura; y, posteriormente, contrató, por primera vez: una cobertura Medicare Advantage, conforme a la Parte C de Medicare, a través de una organización Medicare Advantage; una cobertura a través de una organización elegible con un contrato conforme a la sección 1876 de la Ley de Seguridad Social (costo de Medicare); una cobertura en cualquier organización similar que opera conforme a la autoridad de un proyecto de demostración; una cobertura a través de una organización que ofrece el programa PACE conforme a la sección 1894 de la Ley de Seguridad Social; o, una póliza Medicare Select; y la persona la canceló durante los primeros 12 meses de dicha cobertura (período en el que la persona tiene autorización para cancelar la cobertura solicitada posteriormente conforme a la sección 1851 (e) de la Ley de Seguridad Social). –O–	☐ Sí	☐ No
6. Luego de haber solicitado la cobertura de la Parte B de Medicare por primera vez a los 65 años o en una edad mayor, la persona solicitó una cobertura Medicare Advantage conforme a la Parte C de Medicare, o conforme a una organización que ofrece el programa PACE según la sección 1894 de la Ley de Seguridad Social, y la canceló antes de los 12 meses de haber entrado en vigor.	☐ Sí	☐ No
7. La persona solicitó cobertura de la Parte D de Medicare durante el período de inscripción inicial y, al momento de solicitar la cobertura de la Parte D, contaba con una póliza suplementaria de Medicare que incluía cobertura para medicamentos con receta para pacientes externos; luego, la persona canceló la cobertura de la póliza suplementaria de Medicare y presentó evidencia de cobertura de la Parte D de Medicare junto con la solicitud de una póliza descrita en la subsección (c)(4) de esta sección.	☐ Sí	☐ No
8. La persona perdió elegibilidad para recibir servicios médicos conforme al Título XIX de la Ley de Seguridad Social (Medicaid).	☐ Sí	☐ No

Nombre del solicitante: _____

Historial clínico/Preguntas médicas

Aviso: Si usted es elegible para la cobertura garantizada o se encuentra en su período de inscripción abierta, no es necesario que responda las siguientes preguntas sobre salud. (Continúe en la página 13).

Responda las siguientes preguntas sobre su historial clínico.

1. ¿Cuál es su estatura?	pies	in
2. ¿Cuánto pesa?		libras
3. Cuando fue elegible para Medicare por primera vez, ¿fue por una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal?	☐ Sí	☐ No
4. Durante los últimos 3 años, indique si un médico u otro prestador de servicios médicos le ha diagnosticado, tratado, hospitalizado o recomendado algún tratamiento, incluida cualquier terapia de fármacos, por alguno de los siguientes motivos:		
a. diabetes que produjo amputación, pérdida de la visión o complicaciones que afectaron los riñones;	☐ Sí	☐ No
b. trasplante de órganos o tejidos (excepto córnea);	☐ Sí	☐ No
c. cáncer (excepto cáncer de piel de células basales o células escamosas);	☐ Sí	☐ No
d. leucemia o enfermedad de Hodgkin;	☐ Sí	☐ No
e. derrame cerebral, accidente isquémico transitorio (TIA, en inglés) o derrame cerebral leve;	☐ Sí	☐ No
f. enfermedad de Alzheimer, senilidad, demencia o trastorno mental;	☐ Sí	☐ No
g. enfermedad de Parkinson;	☐ Sí	☐ No
h. enfermedad de la arteria carótida, ataque cardíaco, cirugía de baipás (bypass) coronario o angioplastia;	☐ Sí	☐ No
i. insuficiencia cardíaca congestiva o remplazo de válvula cardíaca;	☐ Sí	☐ No
j. nefritis o insuficiencia renal;	☐ Sí	☐ No
k. cirrosis o hepatitis C;	☐ Sí	☐ No
l. esclerosis múltiple o trastornos neuromusculares;	☐ Sí	☐ No
m. esclerosis lateral amiotrófica (ALS, en inglés, o enfermedad de Lou Gehrig);	☐ Sí	☐ No
n. enfermedad respiratoria o pulmonar que requiere el uso de oxígeno;	☐ Sí	☐ No
o. dependencia del alcohol o de sustancias químicas.	☐ Sí	☐ No
5. Durante los últimos 3 años, ¿algún miembro de la profesión médica le ha tratado o diagnosticado síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (AIDS, en inglés), complejo relacionado con el SIDA (AIDS Related Complex, ARC, en inglés) o infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (HIV, en inglés)?	☐ Sí	☐ No
6. Durante los últimos 2 años, ¿le han recomendado someterse a diálisis renal, remplazo de articulaciones, o cirugía cardíaca, arterial o intestinal que aún no se ha realizado?	☐ Sí	☐ No

Nombre del solicitante: _____

Historial clínico/Preguntas médicas		
7. Durante los últimos 2 años, ¿ha sido hospitalizado al menos 2 veces, o ha sido internado en un asilo u otro centro de atención médica durante un mínimo de 14 días?	☐ Sí	☐ No
8. ¿Actualmente está internado o le han recomendado estar confinado en cama o internarse en un hospital, en un centro de enfermería o en otro centro médico durante los próximos 6 meses, o necesita la ayuda de una silla de ruedas o de una agencia de atención médica a domicilio?	☐ Sí	☐ No
9. ¿Necesita ayuda o recibe ayuda de otra persona para realizar alguna de las siguientes actividades debido a un problema de salud o dificultad física? • Tomar medicamentos • Comer • Caminar • Bañarse • Vestirse • Ir al baño • Desplazarse de un lugar a otro en su hogar • Acostarse y levantarse de la cama, o sentarse y pararse de las sillas	☐ Sí	☐ No

Autorización médica

Autorizo que cualquier profesional médico, hospital, clínica u otro centro, agencia gubernamental u otra persona o firma médicamente relacionados, divulgue a la Compañía o a su representante autorizado, información, incluyendo copias de expedientes, en relación con asesoramiento, atención o tratamiento que me hayan proporcionado, como información relacionada con las recetas médicas y el consumo de drogas o alcohol, entre otros. También autorizo la divulgación de información relacionada con enfermedades mentales. Además, autorizo que la Compañía revise e investigue sus propios registros para obtener información.

Entiendo que mi autorización es voluntaria y que la Compañía usará dicha información con el fin de evaluar mi solicitud de seguro de gastos médicos. Asimismo, entiendo que la Compañía necesita mi autorización para considerar mi solicitud y determinar si se ofrecerá o no una cobertura. No se tomará ninguna medida respecto de mi solicitud sin mi autorización firmada. Entiendo que es posible que la Compañía vuelva a divulgar la información obtenida a través de mi autorización según lo permite o exige la ley y que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo que yo o un representante autorizado recibiremos una copia de esta autorización en caso de solicitarla. Esta autorización tiene validez desde la fecha de la firma y permanecerá válida durante 24 meses, a menos que la revoque por escrito, lo cual puedo hacer en cualquier momento al presentar una solicitud por escrito ante la Compañía. Una revocación no afectará las actividades de la Compañía antes de recibir la solicitud de revocación.

FIRMA OBLIGATORIA

*Debe firmar **con un bolígrafo** y escribir la fecha para evitar retrasos en el procesamiento.*

Solicitante:	Fecha: / /

¿Tiene alguna pregunta?

Llámenos a nuestro número para llamadas gratuitas de Servicio al Cliente al **877-587-6616**, llame a su agente de seguros al número que figura en la página 9 o visite **espanol.bcbsil.com**.

Nombre del solicitante: _____

Lista de verificación

- ☐ ¿Ha firmado las páginas 7, 8 y 13?
- ☐ Si está recibiendo los servicios de un agente de seguros, ¿el agente ha firmado la página 9 (si corresponde)?
- ☐ ¿Ha respondido toda la sección Historial clínico/Preguntas médicas en las páginas 12 y 13?
- ☐ ¿Se aseguró de que la fecha de inicio de cobertura, solicitada en la página 1, sea cualquier día entre los días 1 y 28 del mes?

Devuelva esta solicitud a su agente de seguros o envíela por correo a la siguiente dirección:
Blue Medicare Supplement
c/o Member Services
P.O. Box 3388
Scranton, PA 18505