



Solicitud de cobertura de Seguro Suplementario de Medicare

Instrucciones

- 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.
- Si envía una solicitud impresa, complétela con bolígrafo. Firme y escriba la fecha en las líneas correspondientes en las páginas 5 y 6.** ¡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 cobertura de un Seguro Suplementario de Medicare.

<input type="checkbox"/> Cobertura A	<input type="checkbox"/> Cobertura G	<input type="checkbox"/> Cobertura G Plus	<input type="checkbox"/> Cobertura K	<input type="checkbox"/> Cobertura L
<input type="checkbox"/> Cobertura F	<input type="checkbox"/> Estándar	<input type="checkbox"/> Estándar	<input type="checkbox"/> Estándar	<input type="checkbox"/> Estándar
<input type="checkbox"/> Estándar	<input type="checkbox"/> Medicare Select	<input type="checkbox"/> Medicare Select	<input type="checkbox"/> Medicare Select	<input type="checkbox"/> Medicare Select
<input type="checkbox"/> Medicare Select	<input type="checkbox"/> Cobertura G con deducible alto	<input type="checkbox"/> Cobertura G Plus con deducible alto		<input type="checkbox"/> Cobertura N
<input type="checkbox"/> Cobertura F con deducible alto				<input type="checkbox"/> Estándar
				<input type="checkbox"/> Medicare Select

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

Aviso: Las coberturas F y F con deducible alto solo están disponibles 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	N.º de Seguro Social	Correo electrónico	
Medio de comunicación preferido: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> 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 cigarros electrónicos.

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

Descuento por hogar con varios asegurados

Podría ser elegible para recibir este descuento si en su hogar residen al menos dos asegurados que cuenten con la cobertura de un Seguro Suplementario de Medicare de BCBSIL, que haya entrado en vigor el 1.º de mayo de 2019 o en una fecha posterior.

¿Cumple con los requisitos para recibir el descuento por hogar con varios asegurados?

Sí

No

Si la respuesta es sí, proporcione la información del asegurado que vive en su hogar y que cumple con los requisitos (opcional):

Nombre

(Apellido)

Número de póliza

Opción de pago (Seleccione una opción de pago)

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

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 (grupala) 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) reembolso 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**

Nombre del solicitante: _____

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: /

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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Solicitó cobertura de la Parte B de Medicare en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí , ¿Medicaid pagará las primas de su póliza suplementaria de Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Si tuvo una cobertura Medicare además de Original Medicare durante los últimos 63 días (por ejemplo, una cobertura Medicare Advantage, Medicare HMO o PPO), 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 reemplazar su cobertura actual con esta nueva póliza suplementaria de Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. ¿Esta fue la primera vez que tuvo este tipo de cobertura Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. ¿Dio de baja una póliza de Medicare Advantage para solicitar la cobertura Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene otra póliza suplementaria de Medicare vigente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí , ¿qué cobertura tiene y con qué compañía aseguradora? _____		
b. Si la respuesta es sí , ¿pretende reemplazar su póliza suplementaria de Medicare vigente con esta póliza?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha recibido cobertura conforme a cualquier otro seguro de gastos médicos durante los últimos 63 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí , ¿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).

* 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 siguiente o visite **espanol.bcbsil.com**.

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 inscrito para actuar en nombre del inscrito 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 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 reembolso 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.
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 seguro.
8. Reconozco que he recibido una copia del documento Medicare Supplement Buyer's Guide (una guía para clientes interesados en 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:

/ /

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: _____

**Devuelva la solicitud completa a su agente de seguros o
envíela a la siguiente dirección:**

Blue Medicare Supplement
c/o Member Services
PO Box 3388
Scranton, PA 18505