



BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

300 East Randolph Street, Chicago, IL 60601 • 800-477-2000

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

N.º de asegurado: _____
(si corresponde)

Uso administrativo

Solicite una **cobertura médica del 2024** para usted y su familia



Puede solicitar cobertura médica directamente con Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (denominada en adelante BCBSIL), visitando **espanol.bcbsil.com**. Si recibe ayuda de un agente independiente autorizado de BCBSIL, asegúrese de incluir la información del agente en la última página.

Ayúdenos a procesar su Solicitud con prontitud

En la página 3, incluya su número de Seguro Social y deje el resto de la página en blanco si está solicitando cobertura durante el período de inscripciones. La página 3 solo se debe llenar si solicita cobertura durante un período especial de inscripción; pero, antes de llenarla, verifique si es elegible en espanol.bcbsil.com/sep.

ASEGÚRESE DE LO SIGUIENTE:

- Responda a **todas** las preguntas sobre usted y sus derechohabientes.
- Si va a añadir derechohabientes a una póliza de cobertura vigente, llene la solicitud para el Solicitante principal y para todos los derechohabientes **actuales y nuevos**.
 - Si necesita más secciones en blanco para añadir derechohabientes, descargue las páginas adicionales disponibles en **espanol.bcbsil.com/more-dependents** y adjúntelas a la solicitud.
- Escriba el nombre y número de Seguro Social en la parte superior de las 16 hojas. Presente las 16 hojas, incluso las que no rellene. Envíe por fax al **800-279-7419**.
- Incluya **el pago correspondiente al primer mes** o la información para efectuar pagos en la página 12.
- Incluya la información para efectuar sus pagos mensuales.
- Firme la Solicitud en todos los espacios que se solicite una firma. (páginas 11, 12, 14 y 16)
- Escriba con **tinta negra**. Las Solicitudes escritas a lápiz no tendrán validez.
- **Si necesita cambiar una respuesta**, tache lo que tenga que cambiar y añada sus iniciales seguido de la respuesta. No use ni cinta ni líquido correctores.

Para recibir asistencia lingüística o de comunicación gratuita, llame al 855-710-6984.

Propósito de la Solicitud

- CONTRATAR** una cobertura de BCBSIL
- CAMBIAR** mi cobertura médica de BCBSIL para el 2024
- AÑADIR** un derechohabiente a mi cobertura médica de BCBSIL

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

¿Cómo desea que nos comuniquemos con usted?

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Si desea que nos comuniquemos electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico. **Al proporcionar una dirección de correo electrónico, usted acepta recibir información sobre su póliza en formato electrónico.** La comunicación en formato electrónico continuará con las renovaciones de póliza o cambios a la misma.

Puede volver a recibir correspondencia en formato impreso y sin costo. Opciones para configurar sus preferencias una vez la cobertura entre en vigor:

- Configúrelas digitalmente. Actualice sus preferencias e información de contacto en **account.bcbsil.com/upp/**.
- **-O-**
- Llame a Servicio al Cliente al número en la tarjeta de asegurado.

Puede ver o imprimir sus documentos desde una computadora o dispositivo móvil. El sitio web es compatible con la mayoría de las versiones de Chrome, Firefox, Microsoft Edge o Safari.

¿Está solicitando cobertura fuera del Período de inscripciones?

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____



AVISO: Si está solicitando cobertura durante el Período de inscripciones, escriba su nombre y número de Seguro Social; luego, continúe a la siguiente página.

¿TIENE DERECHO A UN PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN?

Usted podría solicitar cobertura durante un Período especial de inscripción (SEP, en inglés), el cual le da una oportunidad de solicitar cobertura fuera del Período de inscripciones.

- Según el suceso que lo haga elegible, debe presentar su Solicitud ya sea dentro de los 60 días anteriores o posteriores a la fecha del suceso.
- Marque todos los sucesos que correspondan.
- **Es necesario adjuntar comprobantes aprobados del suceso de vida elegible junto con la Solicitud.**
- BCBSIL revisará el comprobante para verificar si tiene derecho a un Período especial de inscripción.
- No podemos procesar su Solicitud o emitir una cobertura médica o dental a su nombre sin un comprobante.
- Una vez que la póliza sea emitida, no podrá volver a utilizar el Período especial de inscripción para solicitar una cobertura diferente.

Comuníquese con su agente independiente autorizado o con BCBSIL al **800-477-2000** para conocer los tipos de comprobantes que aceptamos. Consulte la información sobre la documentación que deberá adjuntar en espanol.bcbsil.com/sep.

<input type="checkbox"/> 1. Yo o mi(s) derechohabiente(s) dejé (dejamos) de tener la Cobertura esencial mínima por lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a. motivos que están fuera de mi control (sin incluir motivos como incumplimiento del pago completo de prima o cualquier desacato a las reglas de la cobertura), desde esta fecha.¹ <input type="checkbox"/> b. porque uno de los asegurados cumplió 26 años, o 30 años si es un veterano militar no casado.^{1,2} <input type="checkbox"/> c. defunción del titular de la póliza, desde esta fecha.³ <input type="checkbox"/> d. pérdida de empleo, reducción en horas de trabajo, falta de las contribuciones de mi empleador o terminación de mi cobertura COBRA, desde esta fecha.¹ <input type="checkbox"/> e. uno de los asegurados se divorció o separó legalmente, desde esta fecha.¹ <input type="checkbox"/> f. la aseguradora dejó de asegurar a personas en situación similar a la mía, desde esta fecha.¹ 	Fecha(s) del (de los) suceso(s) a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____ f. _____
<input type="checkbox"/> 2. Contraje matrimonio en esta fecha. ³	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 3. Por el nacimiento de un bebé, adopción de un menor, colocación de un menor conmigo para su adopción, custodia provisional de un menor o sentencia judicial que me ordenó brindar cobertura a un derechohabiente, desde esta fecha. ³	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 4. Ocurrió un error al solicitar la cobertura médica anterior o demostré adecuadamente que la cobertura médica anterior o el emisor no respetaron el acuerdo contractual que tenían conmigo, desde esta fecha. ³	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 5. Una de las personas en la cobertura reportó cambios en sus ingresos y dejó de recibir los créditos fiscales por adelantado para el pago de las primas, ya no es elegible para la reducción de gastos compartidos o ya no cuenta con Medicaid, o mi cobertura anterior, contratada fuera del Mercado de seguros, incumplió normas gubernamentales, desde esta fecha. ¹	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 6. Al mudarme ahora tengo distintas opciones de cobertura médica, desde esta fecha. ¹	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 7. Mi póliza vigente termina en una fecha distinta al 31 de diciembre, que es esta fecha. ¹	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 8. La empresa ofreció ayuda para pagar el costo de la cobertura, ya sea a través de un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA) o Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA). Marque uno: <input type="checkbox"/> ICHRA <input type="checkbox"/> QSEHRA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a. La empresa está ofreciendo participación en ICHRA o QSEHRA, desde esta fecha.¹ <input type="checkbox"/> b. Soy empleado recién contratado y la empresa ofrece participación en ICHRA o QSEHRA, desde esta fecha.¹ 	Fecha del suceso a. _____ b. _____
<input type="checkbox"/> 9. Ocurrió otro suceso elegible que no aparece en esta lista en esta fecha. (Comuníquese con su agente o con nuestro centro de ventas al 800-477-2000). ¹	Fecha del suceso

¹ Tiene un plazo de 60 días anteriores o posteriores a la fecha del suceso que lo hace elegible para presentar su Solicitud.

² Un derechohabiente incluido en la cobertura de uno de sus padres y que haya sido contratada en el Mercado de seguros tiene hasta el 31 de diciembre del año en que cumple 26 años para presentar su Solicitud.

³ Tiene un plazo de 60 días posteriores a la fecha del suceso que lo hace elegible para presentar su Solicitud.

Información personal

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

(INCLUYA LA INFORMACIÓN DE **CADA** PERSONA QUE SERÁ INCLUIDA EN LA COBERTURA).

SOLICITANTE PRINCIPAL¹ (¿A nombre de quién se emitiría la cobertura médica?)				
Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido		N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____		¿Prefiere leer o escribir en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____		
Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? ² Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió 'SÍ', indique la última fecha de consumo: _____				
Dirección donde reside	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección postal (Por ejemplo, apartado postal)	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSIL le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSIL, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en account.bcbsil.com/upp/ . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.				
Dirección de correo electrónico ^{3,4} _____				
Nombre del grupo médico (SOLO HMO) ^{5,6}		N.º del grupo médico (SOLO HMO) — Anote el núm. de identificación de 3 dígitos ⁵		
OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				

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

² Para mayores de 21 años que consumen tabaco.

³ Para mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁴ Si desea recibir información electrónicamente o hacer pagos por medio de transferencias electrónicas (EFT, en inglés), **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

⁵ Si al solicitar cobertura no elige un grupo médico (consulte la página findadoctoril.com), se le asignará uno según su área de servicio. Los servicios los tiene que prestar un médico de atención primaria (PCP) del grupo médico que eligió. Usted puede ser responsable del costo total de las reclamaciones de prestadores de servicios médicos que no figuren en su tarjeta de asegurado.

⁶ Consulte la información sobre los PCP y profesionales en ginecología y obstetricia en la página 10.

Información personal

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

(INCLUYA LA INFORMACIÓN DE **CADA** PERSONA QUE SERÁ INCLUIDA EN LA COBERTURA).

CÓNYUGE, PAREJA O HIJOS DERECHOHABIENTES^{1,2} (¿A quién más desea incluir en la cobertura?)				
Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? ³ Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____		
Dirección postal ⁴ (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ⁴ _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSIL le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSIL, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en account.bcbsil.com/upp/ . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.				
Dirección de correo electrónico ^{4,5} _____				
Nombre del grupo médico (SOLO HMO) ^{6,7}		N.º del grupo médico (SOLO HMO) — Anote el núm. de identificación de 3 dígitos ⁶		
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbsil.com/disabled-dependents .				
OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				

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

² La designación de "cónyuge" incluye a parejas en unión libre. Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, o hasta 30 años si es un veterano militar soltero, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSIL.

³ Mayores de 21 años que consumen tabaco.

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

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

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

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

Información personal

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

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

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

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

² Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, o hasta 30 años si es un veterano militar soltero, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSIL.

³ Mayores de 21 años que consumen tabaco.

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

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

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

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

Información personal

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

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

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

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

² Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, o hasta 30 años si es un veterano militar soltero, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSIL.

³ Mayores de 21 años que consumen tabaco.

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

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

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

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

Información personal

(DERECHOHABIENTES^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

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

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

² Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, o hasta 30 años si es un veterano militar soltero, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSIL.

³ Mayores de 21 años que consumen tabaco.

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

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

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

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

Información personal

(DERECHOHABIENTES^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

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

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

² Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, o hasta 30 años si es un veterano militar soltero, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSIL.

³ Mayores de 21 años que consumen tabaco.

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

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

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

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

ACCESO A SERVICIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



Podrá recibir servicios de ginecología y obstetricia de su prestador de atención primaria o de un ginecólogo-obstetra.

AVISO:

- No necesita un referido de su PCP para consultar a un ginecólogo-obstetra.
- Las coberturas HMO pagarán por las consultas al ginecólogo-obstetra si participa en la red de su cobertura.
- No tiene que notificarnos con anticipación los datos del ginecólogo-obstetra que elija.

Elección de cobertura médica

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____



AVISO: La cobertura iniciará el primer día del mes, a menos de que las leyes indiquen lo contrario. BCBSIL deberá recibir las Solicitudes durante el plazo de Solicitud para que estas sean aceptadas. Verifique que sus prestadores de servicios médicos participen en la red de la cobertura que elija en findadoctoril.com.

Revise las opciones disponibles y **ELIJA UNA**.

COBERTURAS	DEDUCIBLE POR PERSONA
<input type="checkbox"/> BlueCare Direct Bronze SM 401 with Advocate - Rx Copays	\$0
<input type="checkbox"/> BlueCare Direct Bronze SM 802 with Advocate	\$7,500
<input type="checkbox"/> BlueCare Direct Silver SM 212 with Advocate - Rx Copays	\$7,500
<input type="checkbox"/> BlueCare Direct Silver SM 803 with Advocate	\$5,900
<input type="checkbox"/> BlueCare Direct Gold SM 409 with Advocate - Rx Copays	\$2,000
<input type="checkbox"/> BlueCare Direct Gold SM 804 with Advocate	\$1,500
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Bronze PPO SM 201	\$7,000
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Bronze PPO SM 202	\$4,500
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Bronze PPO SM 601 - Rx Copays	\$7,500
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Bronze PPO SM 701 - Rx Copays	\$9,000
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Bronze PPO SM 708	\$7,500
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Silver PPO SM 203	\$2,250
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Silver PPO SM 303	\$1,800
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Silver PPO SM 706	\$5,900
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Silver PPO SM 801 - Rx Copays	\$6,200
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Gold PPO SM 204 - Rx Copays	\$750
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Gold PPO SM 707	\$1,500

COBERTURAS	DEDUCIBLE POR PERSONA
<input type="checkbox"/> Blue FocusCare Bronze SM 209	\$7,400
<input type="checkbox"/> Blue FocusCare Silver SM 210	\$2,500
<input type="checkbox"/> Blue FocusCare Gold SM 211	\$750
<input type="checkbox"/> Blue Precision Bronze HMO SM 205	\$7,400
<input type="checkbox"/> Blue Precision Bronze HMO SM 701 - Rx Copays	\$0
<input type="checkbox"/> Blue Precision Bronze HMO SM 708	\$7,500
<input type="checkbox"/> Blue Precision Silver HMO SM 206	\$4,400
<input type="checkbox"/> Blue Precision Silver HMO SM 306	\$6,000
<input type="checkbox"/> Blue Precision Silver HMO SM 704 - Rx Copays	\$7,500
<input type="checkbox"/> Blue Precision Silver HMO SM 706	\$5,900
<input type="checkbox"/> Blue Precision Gold HMO SM 207	\$750
<input type="checkbox"/> Blue Precision Gold HMO SM 703 - Rx Copays	\$2,000
<input type="checkbox"/> Blue Precision Gold HMO SM 707	\$1,500

OPCIÓN DE COBERTURA PARA CASOS "CATASTRÓFICOS"

Esto es lo que significa.

Esta cobertura incluye los servicios médicos esenciales para la salud, pero únicamente después de que usted haya pagado el deducible alto o el gasto máximo de bolsillo. Esta cobertura es para personas en una de las siguientes situaciones:

- 1) ser menor de 30 años antes de iniciar el año de cobertura;
- 2) contar con una exención del Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace®). Deberá presentar el Número del Certificado de exención para procesar esta Solicitud.

Número del Certificado de exención: _____

<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Security PPO SM 200	\$9,450
---	---------

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Elección de cobertura dental

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio ("ACA") requiere que tengamos la seguridad de que usted y cada asegurado en esta póliza tengan cobertura para servicios dentales pediátricos¹. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio considera que la cobertura de servicios dentales pediátricos es un servicio médico esencial para la salud (EHB, en inglés) que todas las pólizas deben incluir, incluso cuando no haya nadie en la póliza que sea elegible para esta cobertura.

Las aseguradoras como BCBSIL ofrecen esta cobertura dental pediátrica requerida a través de "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).



AVISO: La elección de cobertura dental regirá para todas las personas mencionadas en esta Solicitud. Si ya cuenta con cobertura dental de BCBSIL, la elección que haga **REEMPLAZARÁ** la cobertura dental vigente.

ELIJA UNA DE LAS TRES OPCIONES:

OPCIÓN 1

Puede solicitar la cobertura BlueCare DentalSM, nuestra cobertura dental integral acreditada. Esta incluye servicios dentales para adultos **Y** menores.

BlueCare Dental (cobertura para adultos **Y** menores)

DEDUCIBLE POR PERSONA

BlueCare Dental 1A

\$25

BlueCare Dental 1B

\$50

BlueCare Dental 1C

\$50

-0-

OPCIÓN 2

Puede solicitar la cobertura BlueCare Dental 4 KidsSM, nuestra cobertura dental limitada acreditada. Esta incluye servicios dentales **SOLO PARA MENORES**.

BlueCare Dental 4 Kids¹ (cobertura **SOLO PARA MENORES**)

DEDUCIBLE POR PERSONA

BlueCare Dental 4 Kids 1A

\$25

BlueCare Dental 4 Kids 1B

\$50

-0-

OPCIÓN 3

Ya tiene cobertura dental.

Marque la casilla y firme para indicarnos que tiene una "cobertura dental independiente acreditada por el Mercado de seguros". Nuestros archivos mostrarán que cuenta con cobertura dental pediátrica para servicios pediátricos esenciales para la salud dental, ya sea de BCBSIL o alguna otra aseguradora.

Aviso: La elección de esta opción **NO** ocasionará cambios o la cancelación de ninguna otra cobertura vigente.

Yo/Nosotros he(mos) contratado cobertura de servicios pediátricos esenciales para la salud dental a través de otra póliza.

Firma (**OBLIGATORIA** si elige la Opción 3).

Fecha

¹ Hasta los 19 años. Derechohabientes de 19 a 26 años son considerados adultos para fines de cobertura dental.



AVISO:

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 acreditada, para que tenga la cobertura dental pediátrica requerida.

Si BCBSIL considera que, por ley, es necesario incluir cobertura dental pediátrica en su cobertura médica, es posible que deba un pago mensual adicional por dicha cobertura. Tendrá que pagar esta cantidad adicional como parte de su primer pago y será incluida en su factura mensual.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Formas de pago

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____



Lea las reglas importantes sobre facturación en la próxima página.

- La cobertura podrá cancelarse por falta de pago.
- Necesitamos una dirección de correo electrónico para las transferencias electrónicas (EFT).

PRIMER PAGO

Puede efectuar su **primer pago** mediante transferencia electrónica (EFT, en inglés), cheque o giro postal. Elija una opción:

transferencia electrónica (retiro inmediato de fondos del primer pago) cheque¹ (adjunto) giro postal¹ (adjunto)

PAGOS MENSUALES

Puede efectuar sus **pagos mensuales** mediante transferencia electrónica (a través del sistema de pagos automáticos Auto Bill Pay) o podemos enviarle facturas por correo postal o electrónico. Elija una opción:

transferencia electrónica (sistema de pagos Auto Bill Pay) factura electrónica² factura por correo postal

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DE PRIMA (mediante transferencia electrónica):

Elija una <input type="checkbox"/> cuenta de cheques <input type="checkbox"/> cuenta de ahorros	Nombre(s) en la cuenta si no es el Solicitante ¹
--	---

N.º de ruta bancaria (verifique)	N.º de cuenta (verifique)
----------------------------------	---------------------------

Dirección de correo electrónico (CAMPO OBLIGATORIO)²

AUTORIZACIÓN

Confirmando que autorizo a BCBSIL o a su entidad designada para que retiren los pagos mensuales de la cuenta de cheques o de ahorros que proporcioné. Los fondos serán retirados en el último día hábil del mes anterior al próximo mes de cobertura. Si el último día hábil (lunes a viernes) del mes cae en un día feriado u otro día en que las instituciones bancarias no operan, los fondos se retirarán en el próximo día hábil. Los retiros se pueden efectuar ya sea con cheques, giros contra cuenta corriente o cargos debitados electrónicamente. También confirmo que, autorizo y deseo que la institución financiera aquí nombrada acepte y haga válida mi autorización para que se efectúen los pagos con mi cuenta.

He leído y acepto esta autorización

Firma del propietario de la cuenta	Fecha	Parentesco con el Solicitante
------------------------------------	-------	-------------------------------

¹ **CONSEJO:** Escriba el nombre del Solicitante principal como anotación en el cheque o giro postal si no es el propietario de la cuenta. **AVISO:** El uso de cuentas corporativas quedaría sujeto a la comprobación del cumplimiento de las Reglas sobre pagos realizados por terceros en la página 13.

² Si desea recibir información electrónicamente o hacer su pagos mediante transferencias electrónicas, **necesitamos** su dirección de correo electrónico. BCBSIL enviará las facturas a la dirección de correo electrónico del Solicitante principal.



AVISO:

No cancele ninguna cobertura vigente hasta que su Solicitud sea aprobada y su cobertura nueva entre en vigor. El primer mes se paga al presentar la Solicitud. Si solicita una nueva cobertura, **la cobertura no entrará en vigor hasta que recibamos el primer pago.**

Reglas importantes sobre facturación

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

REGLAS DE FACTURACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA (EFT) (se requiere una dirección de correo electrónico)

Al autorizar transferencias electrónicas (EFT, en inglés), entiende y acepta que BCBSIL o la compañía que BCBSIL designe para procesar pagos podrían efectuar cobros mensuales a su cuenta de cheques o ahorros según los términos presentados a continuación:

- Los pagos futuros vencen el último día del mes anterior al mes de cobertura.
- Los pagos se efectúan según la elección que marque en la página anterior.
- Su banco o cooperativa de crédito procesarán estos pagos.
- Si la fecha de vencimiento es día inhábil o día feriado, el pago se efectuará al próximo día hábil.
- Tenga los fondos disponibles en su cuenta al presentar esta Solicitud. Si un pago se rechaza por insuficiencia de fondos (NSF, en inglés), BCBSIL podría intentar la transacción nuevamente en cualquier momento dentro de los 30 días posteriores. BCBSIL no le reembolsará ninguna penalidad que su banco o cooperativa de crédito le cobren por insuficiencia de fondos en su cuenta.
- Tanto el banco o la cooperativa de crédito como BCBSIL se reservan el derecho de dar por terminado este programa de pagos o su participación en el mismo en caso de pagos negados por insuficiencia de fondos. Esto significa que los pagos ya no se procesarán automáticamente. La cobertura podría interrumpirse (las reclamaciones no se pagarían) si no paga su factura mensual.
- Para realizar un cambio de banco o cooperativa de crédito del que se efectúan los pagos, necesita proporcionar un aviso por teléfono a BCBSIL con al menos 10 días de anticipación a la fecha de retiro programada.

REGLAS SOBRE PAGOS REALIZADOS POR TERCEROS

BCBSIL cumple con todos los requisitos federales para procesar pagos de primas conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

1. BCBSIL acepta pagos de primas efectuados en nombre del asegurado por las siguientes entidades:
 - a. un programa Ryan White HIV/AIDS, según el Artículo XXVI de Public Health Service Act [ley federal de servicios de salud pública];
 - b. una tribu indígena, una organización tribal o una organización de indígenas en centros urbanos;
 - c. un programa local, estatal o federal, incluido un programa becado operado por un programa gubernamental para efectuar pagos en su nombre.
2. Es posible que BCBSIL acepte pagos de primas en nombre de un asegurado de fundaciones privadas o sin fines de lucro si los pagos se hacen:
 - a. por el período completo de la póliza de los asegurados;
 - b. basándose únicamente en el estado financiero de los asegurados;
 - c. sin importar la cobertura que elija el asegurado; y
 - d. sin importar el estado de salud del asegurado.
3. Es posible que BCBSIL acepte pagos de primas en nombre del asegurado de un fideicomiso, poder notarial o tutor legal.
4. BCBSIL no interpretará los pagos recibidos de un empleador como pagos impermisibles de un tercero, siempre y cuando tales pagos no constituyan una cobertura médica grupal que cumpla con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA) ni que:
 - a. el empleador facilite el pago de la prima mediante una deducción de nómina o método similar para el empleado, y el empleador no contribuya ninguna porción de la prima, ya sea directamente o por medio de reembolso; o
 - b. el empleado participe en un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA) o un Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA) que ofrezca su empleador en lugar de un seguro médico grupal.
5. BCBSIL aceptará pagos en nombre de un asegurado directamente de un empleador que participe en un acuerdo ICHRA o QSEHRA o mediante un servicio de coordinación de pagos de un tercero si dichos pagos se efectúan usando métodos de pago permitidos.

Información sobre otras coberturas

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

REEMPLAZO DE COBERTURA

¿Esta cobertura reemplazará a la cobertura médica para 2024 que ya tiene? **Si la respuesta es "Sí", lea la sección CONOZCA SUS DERECHOS a continuación y liste todas las coberturas que cancelará y reemplazará con una de BCBSIL:**

S N

ASEGURADO(S)	COMPAÑÍA ASEGURADORA	N.º DE PÓLIZA	VIGENTE HASTA EL

REEMPLAZO DE COBERTURA: CONOZCA SUS DERECHOS

Si su respuesta anterior fue "Sí", es posible que BCBSIL NO cancele automáticamente la póliza anterior. Esta sección solo indica que usted tiene la intención de cancelar su cobertura médica y contra accidentes vigente y reemplazarla con una cobertura emitida por BCBSIL. Para su conocimiento y protección, debe saber cuáles son las implicaciones que tendría la protección disponible con la nueva cobertura.

1. Le recomendamos que consulte su decisión de reemplazo con la compañía de seguros que le ofrece la cobertura. Puede consultar el asunto con uno de sus agentes de seguros. Este no solo es un derecho para usted, sino que también es un beneficio personal para tener la certeza de que entiende todos los factores importantes que serían parte del reemplazo de su cobertura actual.
2. Si, después de la debida consideración, desea cancelar su cobertura y reemplazarla con otra, responda verazmente y en su totalidad todas las preguntas de esta Solicitud en relación con cualquier persona que solicita cobertura. No incluir toda la información esencial puede ser un instrumento legal para que BCBSIL rechace cualquier futura reclamación y que reembolse la prima de la póliza como si su contrato nunca hubiera tenido vigencia. Después de haber llenado la Solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla cuidadosamente para corroborar que toda la información se ha registrado correctamente.

OTRAS COBERTURAS MÉDICAS, DENTALES, PARA LA VISTA QUE USTED O SUS DERECHOHABIENTES TENGAN

Indique si alguna de las personas que esté solicitando cobertura tiene o ha tenido cobertura durante los últimos 60 días:

- cobertura de BCBSIL
- cobertura médica a través de otra aseguradora
- cobertura médica mediante algún programa con respaldo gubernamental, Medicare incluido

S N

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre del solicitante	Nombre en otra póliza (si es diferente)	N.º de asegurado/grupo (recomendado)
Nombre del solicitante	Nombre en otra póliza (si es diferente)	N.º de asegurado/grupo (recomendado)

Declaración de representación (OPCIONAL)

Al contratar una cobertura médica de BCBSIL, me convierto en asegurado de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC). Con mi firma en esta Solicitud, atentamente pido que la Junta Directiva de HCSC actúe en mi nombre en todas las juntas de asegurados de HCSC. Entiendo lo siguiente:

- Esta autorización abarca a cualquier compañía que reemplace a HCSC.
- La Junta Directiva podría nombrar a un tercero para representar mi voto.

La reunión anual de asegurados ha de tener lugar cada año en la sede corporativa (300 E. Randolph St., Chicago, Illinois 60601) a las 12:30 p. m. del último martes de octubre. Se puede convocar a reuniones especiales de asegurados. En dicho caso, se notificará con 30 a 60 días de anticipación.

Esta autorización para conceder la representación de mi voto como asegurado a la Junta Directiva se mantendrá vigente:

- hasta que la revoque o si la revoco por escrito al menos 20 días antes de cualquier reunión de asegurados;
- a menos que asista y vote en persona en cualquier reunión de asegurados.

Firma para conceder la representación del Solicitante principal (interesado):

AVISO: Es obligatorio firmar la página 16 para llenar esta Solicitud, independientemente de que firme para conceder su representación.

Fecha

Escriba su nombre tal como lo firmó:

Lea y firme en la siguiente página

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

AL LLENAR Y FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Esta Solicitud no es una cobertura. La Cobertura no estará vigente sino hasta (1) la fecha de entrada en vigor indicada en la póliza y (2) que esté pagado el primer mes de cobertura.¹
- Si recibo los servicios de un agente, este no puede aceptar riesgos ni modificar las pólizas ni las reglas de BCBSIL.
- Si recibe los servicios de un agente para contratar una cobertura médica, se le pagará una compensación entre un 3% a un 6% con base al monto de su prima mensual. Luego de que haya transcurrido el primer año, al momento de renovar la cobertura, la tarifa cambia entre un 1.5% a un 3%. Algunos agentes de seguros también reciben bonos adicionales y pagos por mercadeo. Estos pagos tienen como base ciertos factores como el monto total de ventas y no impacta el monto que usted paga cada mes por su cobertura.
- La cobertura se anularía si cualquier persona a sabiendas presenta una reclamación fraudulenta por el pago de alguna pérdida o servicio o si presenta información falsa o fraudulenta en relación con datos esenciales en esta Solicitud. Esto incluye información falsa o fraudulenta acerca de mí o cualesquiera de mis derechohabientes. La anulación cancela la cobertura al día en que entró en vigor. Recibiré un aviso por escrito con al menos 30 días de anticipación a la fecha en que mi cobertura o la de mis derechohabientes será anulada.
- La prima mensual se calculará con base en factores aprobados por el Departamento de Seguros del Estado y otras leyes y regulaciones de carácter estatal y federal. Las tarifas se calculan según la edad, consumo de tabaco y factores tarifarios geográficos. Con estos factores también se calculan las primas para cualquier derechohabiente incluido en mi póliza.
- Autorizo que cualesquiera de las personas u organizaciones mencionadas a continuación compartan mi información médica con BCBSIL o con sus representantes autorizados:
 - o profesionales médicos, hospitales o clínicas;
 - o otros centros de salud o relacionados con la salud;
 - o agencias gubernamentales;
 - o administradores de beneficios farmacéuticos, agencias de bases de datos farmacéuticos o farmacias abiertas al público;
 - o cualquier otra persona o firma con obligación legal.
- Esta información puede incluir lo siguiente:
 - o copias de expedientes sobre recomendaciones, atención o tratamiento médicos que yo o mis derechohabientes recibimos;
 - o información sobre recetas médicas y consumo de drogas o alcohol;
 - o información sobre enfermedades mentales.
- BCBSIL tiene permiso para revisar y buscar información en sus propios expedientes.
- BCBSIL compartirá información recopilada con entidades médicas con el propósito de gestionar mis servicios médicos únicamente cuando sea necesario.
- Ya sea por obligación o consentimiento legal, BCBSIL podría volver a divulgar la información divulgada con mi autorización. De ser requerida, la persona o agencia receptora de la información será responsable de protegerla.
- A partir de hoy, esta autorización tiene una validez de dos años o hasta que cancele la cobertura.
 - o Tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento comunicándome con BCBSIL por escrito.
 - o Yo o cualquier persona a quien autorice mi representación recibirá copia de esta autorización, previa solicitud.
 - o Ninguna cancelación afectará las actividades de BCBSIL anteriores a la fecha en que BCBSIL reciba la cancelación.
- Presento todas las declaraciones y respuestas en esta Solicitud como HECHOS. Según mi leal saber y entender, estos son verdaderos y están completos. Estos hechos conforman la base de mi Solicitud.
- La Solicitud será parte de mi contrato con BCBSIL.
- Mi agente (de ser el caso) y yo manifestamos que hemos leído y entendido la Solicitud y repasado los detalles de la cobertura que elegí.
- Esta cobertura particular para individuos y familias tiene la finalidad de ser un gasto personal.
- Únicamente yo, algún familiar o alguno de los terceros autorizados mencionados en la Solicitud efectuarán pagos directamente a BCBSIL.
- BCBSIL no acepta pagos efectuados directamente por terceros, excepto por los listados en la página 13.
- En caso de violación de estas reglas, cualquier pago efectuado por un tercero no será acreditado en favor de mi cuenta ni cobertura. Es posible que no se emitan reembolsos a mi nombre, a su vez, esto puede resultar en la cancelación de mi cobertura por falta de pago.

ADVERTENCIA: SE CONSIDERA COMO DELITO EL HECHO DE QUE CUALQUIERA PRESENTE ALGUNA RECLAMACIÓN POR INDEMNIZACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO CON INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA Y, QUE A SABIENDAS, TENGA LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

¹ Se aplican algunas excepciones durante Períodos especiales de inscripción. Consulte a su agente de BCBSIL o Servicio al Cliente.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

¿Recibió los servicios de un agente?

Solicitante: _____
N.º de Seguro Social: _____

SECCIÓN PARA LOS AGENTES (DE SER EL CASO)

Declaro lo siguiente:

- Entregué la Solicitud al (a los) Solicitante(s) para que la llene(n) o personalmente hice las preguntas y anoté las respuestas tal como se respondieron.
- Entregué material impreso para explicar los beneficios al (a los) Solicitante(s), entre ellos, la información sobre los servicios sin cobertura y cualquier información especial sobre la cobertura.
- Repasé los documentos de la cobertura con el (los) Solicitante(s), entre ellos, la(s) Declaración(es) de divulgación, previa solicitud.

Nombre en letra de molde Y firma del Agente

Fecha

N.º de Agente

N.º telefónico del Agente

Dirección de correo electrónico del Agente

Lea y firme (OBLIGATORIO)

CON SU FIRMA, ESTE DOCUMENTO SE CONVIERTE EN UN CONTRATO UNA VEZ PROCESADO POR COMPLETO

Nombre en letra de molde Y firma del Solicitante principal

Fecha

Nombre en letra de molde Y firma de uno de los Padres o del Tutor de un menor (si el menor es el Solicitante principal)

Fecha

Información obligatoria si quien firma esta autorización es un representante personal que actúa en nombre de una persona (que no sea uno de los padres de un menor):

Nombre en letra de molde Y firma del Representante personal

Parentesco:

Fecha

¿Autoriza que otro adulto, ya sea cónyuge o derechohabiente, cuyo nombre aparezca en las páginas 5 a 9 de este documento respondan preguntas en relación con su Solicitud?

Presente su Solicitud

EVITE CONTRATIEMPOS EN EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD:



- Firme el documento.
- Envíe **TODAS LAS PÁGINAS, INCLUSO SI LAS DEJA EN BLANCO.**
- Si recibió los servicios de un agente de BCBSIL, proporcione su información en el espacio indicado.
- Incluya toda la documentación necesaria al presentar esta Solicitud.
- Adjunte la sentencia firmada que le otorga la tutela, de ser el caso.

USE UNO DE LOS SIGUIENTES MEDIOS PARA ENVIAR ESTA SOLICITUD:

CORREO POSTAL

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, Attn: Individual Enrollment, P.O. Box 660819, Dallas, TX 75266-0819

FAX

800-279-7419

¿Tiene preguntas? Comuníquese con un agente de seguros o llame sin costo a BCBSIL al **800-477-2000**. Consulte las preguntas frecuentes en relación con la cobertura, los pagos y los servicios incluidos en **discoverbcbsil.com**.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજા વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયકમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níłk'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíłłnih kwe'e 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nêu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.