



SOLICITUD PARA LOS PLANES DE SALUD INDIVIDUALES Y FAMILIARES DE BLUE SHIELD

La solicitud se debe llenar a máquina o con tinta azul o negra. Asegúrese de contestar todas las preguntas lo más completa y exactamente posible, con lo cual podrá evitar que se atrase su trámite o una posible devolución.

CÓDIGO DEL MERCADO (SOLO PARA USO DEL PRODUCTOR)

RAZÓN DE LA SOLICITUD <input type="checkbox"/> Nueva Inscripción <input type="checkbox"/> Traslado de Plan <input type="checkbox"/> Agregar un miembro de la familia a la cobertura actual	PARTE 1 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: – El indicar al cónyuge/compañero doméstico como el solicitante primario podría reducir sus primas/pagos mensuales.				
	N° de Seguro Social del Solicitante _____		Nombre _____		In _____
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Casado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Compañero Doméstico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) ____/____/____		Estatura (Pies, Pulgadas) _____	Peso (lbs.) _____
	<input type="checkbox"/> Plan Active Start 35* <input type="checkbox"/> Plan Active Start 25* <input type="checkbox"/> Plan Essential 3000* <input type="checkbox"/> Plan Essential 4500*	Planes Shield Spectrum <input type="checkbox"/> Plan PPO 500 <input type="checkbox"/> Plan PPO 1500 <input type="checkbox"/> Plan PPO 750 <input type="checkbox"/> Plan PPO 2000 <input type="checkbox"/> Plan PPO 5000* <input type="checkbox"/> Blue Shield Life Plan PPO 1500* <input type="checkbox"/> Blue Shield Life Plan PPO 2000*		Planes PPO Shield spectrum de ahorros <input type="checkbox"/> Plan PPO de Ahorros 2400 (Individual) <input type="checkbox"/> Plan PPO de Ahorros 4800 (Familia) <input type="checkbox"/> Plan PPO de Ahorros 4000 (Individual)* <input type="checkbox"/> Plan PPO de Ahorros 8000 (Familia)*	
Solo para la Access+ HMO: Nombre del Médico Personal: _____			N° del Proveedor: _____		N° del grupo médico/ipa: _____ <input type="checkbox"/> Marque si es paciente actual
Si está solicitando solo la Garantía de emisión, marque una calla abajo y rellene solo las Partes 1-3, 8-10. Ver la Parte 10 para más información.					
<input type="checkbox"/> Plan PPO 1500 (Emisión Garantizada) <input type="checkbox"/> Plan PPO 2000 (Emisión Garantizada) <input type="checkbox"/> Blue Shield Life Plan PPO 1500 (Emisión Garantizada)* <input type="checkbox"/> Blue Shield Life Plan PPO 2000 (Emisión Garantizada)* <input type="checkbox"/> Marque aquí si no está interesado en un plan de Emisión Garantizada.					
Opciones de Pago: <input type="checkbox"/> Easy\$Pay (llene el formulario correspondiente) <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito (llene el formulario correspondiente) <input type="checkbox"/> Pago mensual <input type="checkbox"/> Pago trimestral					
N° telefónico del trabajo del solicitante () ()		N° telefónico del hogar del solicitante () ()		N° de fax del solicitante () ()	
Otro(s) nombre(s) bajo el/los cual(es) usted ha recibido cuidados				N° actual de suscriptor	
Dirección Residencial		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado de residencia
Dirección de Facturación (si es distinta a la anterior)			Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Postal (si es distinta a la anterior)			Ciudad	Estado	Código Postal
Ocupación del solicitante	Empleador y dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código Postal
Ocupación del cónyuge/compañero doméstico	Empleador y dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código Postal
Para ayudarnos a servirle mejor en el futuro, por favor indique su idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro:					
Favor de marcar cómo prefiere que nos comuniquemos con usted: <input type="checkbox"/> Teléfono de residencia <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal				Dirección de correo electrónico del solicitante:	
¿Ha sido usted residente de California durante los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que no, ¿cuál fue su última residencia? _____ Si contesta que no, puede que se le exija presentar expedientes médicos que documenten una revisión física completa realizada por un médico de California durante los últimos seis meses.					
Si usted ha sido miembro de Blue Shield, indique su N° de Blue Shield anterior				Fecha de cancelación (Mes/Día/Año) ____/____/____	
¿Desea que su fecha de vigencia coordine con la fecha en que terminó el seguro médico a corto plazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde					
Fecha en que terminó el seguro médico a corto plazo ____/____/____					
Fecha de vigencia solicitada (ver la Parte 10, Punto 5 para más indicaciones) ____/____/____					

PARTE 2 – SELECCIÓN DE PLANES COMPLEMENTARIOS

Usted también puede comprar un plan dental y/o seguro de vida para suplementar su cobertura médica. Los planes de Emisión Garantizada no califican para estas opciones de cobertura.

Opciones del plan dental (marcar uno): HMO Dental (DHMO) PPO Dental (DPPO) Ningún plan dental
 Si se trata de una HMO Dental: Nº del Proveedor Dental: _____ Si se trata de una HMO Dental: Nombre del Proveedor Dental: _____

Opciones de Seguro de Vida* (marcar uno): Los solicitantes menores de un año no califican para el seguro de vida. Estas opciones solo corresponden al solicitante primario. Los solicitantes de youthcare pueden hacer una solicitud para las opciones de seguro de vida de \$10,000 y \$30,000 en la Parte 3 de esta solicitud.

\$10,000 (solicitantes de 1-64 años) \$30,000 (solicitantes de 1-64 años) \$60,000 (solicitantes de 19-64 años)
 \$90,000 (solicitantes de 19-64 años) Ningún Seguro de Vida

La información de beneficiario corresponde solo al solicitante primario. Si usted no ha indicado un beneficiario, y se emite la póliza, los beneficios de muerte se pagarán de acuerdo con la póliza. El porcentaje indicado debe ser un total del 100%.

Beneficiario: _____ Relación _____ Edad _____ Ciudad/Estado _____ (%) _____
 Beneficiario: _____ Relación _____ Edad _____ Ciudad/Estado _____ (%) _____

*NOTA: Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (conforme corresponda).

PARTE 3 – INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES – Anote a todos los miembros de su familia que quiera cubrir. Los hijos dependientes deben ser menores de 19 años, o menores de 23 si son estudiantes de tiempo completo y no están casados ni conviviendo con un compañero doméstico.

Solo para la HMO, elija un Médico Personal para cada miembro de su familia de la Red de Hospitales y Médicos HMO de Blue Shield para su área de servicio. Si tiene alguna pregunta, llame al (800) 424-6521. Para la HMO Dental: elija un Proveedor Dental del Directorio de Proveedores Dentales de la HMO Dental. Si tiene alguna pregunta sobre su selección de un Proveedor Dental, llame al (800) 431-2809

Parentesco	Nombre	IN	Apellido	Nº de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Estatura (Pies, Pulgadas)	Peso (lbs.)
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero Doméstico Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				____-____-____	____/____/____		
Solo para la Access+ HMO: Nombre del Médico Personal		Nº del Proveedor:		Nº del Grupo Médico/IPA:		<input type="checkbox"/> HMO Marque si es Paciente Actual	
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				____-____-____	____/____/____		
Solo para la Access+ HMO: Nombre del Médico Personal		Nº del Proveedor:		Nº del Grupo Médico/IPA:		<input type="checkbox"/> HMO Marque si es Paciente Actual	
Cobertura Dental: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO Solo para la HMO Dental: Nº del Proveedor Dental: _____							
Por favor consideren a mi hijo/hija para las tarifas separadas de YouthCare <input type="checkbox"/> ESCOJA UN PLAN (marque solo 1 casilla): <input type="checkbox"/> Plan Essential 3000 <input type="checkbox"/> Plan Essential 4500 <input type="checkbox"/> Plan Active Start 35 <input type="checkbox"/> Plan Active Start 25 <input type="checkbox"/> Plan PPO 500 <input type="checkbox"/> Plan PPO 750 <input type="checkbox"/> Plan PPO 1500 <input type="checkbox"/> Plan PPO 2000 <input type="checkbox"/> Plan PPO 5000 <input type="checkbox"/> Plan PPO de Ahorros 2400 <input type="checkbox"/> Plan PPO de Ahorros 4000 <input type="checkbox"/> Plan Access+ HMO <input type="checkbox"/> Plan Access+ Value HMO Plan de Seguro de Vida opcional para los solicitantes de YouthCare <input type="checkbox"/> Seguro de Vida de \$10,000 <input type="checkbox"/> Seguro de Vida de \$30,000 Beneficiario _____							
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				____-____-____	____/____/____		
Solo para la Access+ HMO: Nombre del Médico Personal		Nº del Proveedor:		Nº del Grupo Médico/IPA:		<input type="checkbox"/> HMO Marque si es Paciente Actual	
Cobertura Dental: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO Solo para la HMO Dental: Nº del Proveedor Dental: _____							
Por favor consideren a mi hijo/hija para las tarifas separadas de YouthCare <input type="checkbox"/> ESCOJA UN PLAN (marque solo 1 casilla): <input type="checkbox"/> Plan Essential 3000 <input type="checkbox"/> Plan Essential 4500 <input type="checkbox"/> Plan Active Start 35 <input type="checkbox"/> Plan Active Start 25 <input type="checkbox"/> Plan PPO 500 <input type="checkbox"/> Plan PPO 750 <input type="checkbox"/> Plan PPO 1500 <input type="checkbox"/> Plan PPO 2000 <input type="checkbox"/> Plan PPO 5000 <input type="checkbox"/> Plan PPO de Ahorros 2400 <input type="checkbox"/> Plan PPO de Ahorros 4000 <input type="checkbox"/> Plan Access+ HMO <input type="checkbox"/> Plan Access+ Value HMO Plan de Seguro de Vida opcional para los solicitantes de YouthCare <input type="checkbox"/> Seguro de Vida de \$10,000 <input type="checkbox"/> Seguro de Vida de \$30,000 Beneficiario _____							
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				____-____-____	____/____/____		
Solo para la Access+ HMO: Nombre del Médico Personal		Nº del Proveedor:		Nº del Grupo Médico/IPA:		<input type="checkbox"/> HMO Marque si es Paciente Actual	
Cobertura Dental: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO Solo para la HMO Dental: Nº del Proveedor Dental: _____							
Por favor consideren a mi hijo/hija para las tarifas separadas de YouthCare <input type="checkbox"/> ESCOJA UN PLAN (marque solo 1 casilla): <input type="checkbox"/> Plan Essential 3000 <input type="checkbox"/> Plan Essential 4500 <input type="checkbox"/> Plan Active Start 35 <input type="checkbox"/> Plan Active Start 25 <input type="checkbox"/> Plan PPO 500 <input type="checkbox"/> Plan PPO 750 <input type="checkbox"/> Plan PPO 1500 <input type="checkbox"/> Plan PPO 2000 <input type="checkbox"/> Plan PPO 5000 <input type="checkbox"/> Plan PPO de Ahorros 2400 <input type="checkbox"/> Plan PPO de Ahorros 4000 <input type="checkbox"/> Plan Access+ HMO <input type="checkbox"/> Plan Access+ Value HMO Plan de Seguro de Vida opcional para los solicitantes de YouthCare <input type="checkbox"/> Seguro de Vida de \$10,000 <input type="checkbox"/> Seguro de Vida de \$30,000 Beneficiario _____							
Certificación para los estudiantes de 19 años o mayores (deben ser menores de 23 años). certifico que mi dependiente, cuyo nombre aparece seguidamente, está matriculado actualmente como un estudiante de tiempo completo: si usted tiene más de dos dependientes mayores de 18 años que son estudiantes de tiempo completo, por favor adjunte una hoja adicional con la información necesaria y marque aquí. <input type="checkbox"/>							
Nombre	Horas/semana	Unidades	Colegio/Universidad	Dirección			
Nombre	Horas/semana	Unidades	Colegio/Universidad	Dirección			

PARTE 4 – HISTORIAL MÉDICO – Asegúrese de responder a todas las preguntas en forma completa y precisa, tanto como sea posible, y agregue sus iniciales a todos los cambios o correcciones que necesite realizar.

	SÍ	NO
<p>¿Durante los últimos 20 años, han recibido usted o un miembro de su familia que esté solicitando la cobertura tratamiento o recomendación profesional, incluso medicamentos recetados, de parte de un profesional médico licenciado o ha tenido algún síntoma relacionado con lo siguiente?</p>		
<p>Todas las preguntas se deben marcar (✓) "Sí" or "No." Conteste lo más completa y exactamente posible. En la Parte 5 se deben brindar los detalles completos de cualquier respuesta "Sí" dada.</p>		
1. ¿El cerebro o el sistema nervioso – tales como mareo, dolor de cabeza, trastorno de ataque repentino, pérdida del conocimiento, epilepsia, parálisis, distrofia muscular, esclerosis múltiple, derrame cerebral, parálisis cerebral, retraso mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El sistema cardiovascular – tales como problemas cardíacos o de válvula, enfermedad de arteria coronaria, ataque cardíaco, soplo cardíaco, pericarditis, prolapso de la válvula mitral, regurgitación mitral, fiebre reumática, palpitaciones, alta presión, falta de respiración, dolor de pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El sistema circulatorio – tales como várices, enfermedad vascular periférica, flebitis, coágulos sanguíneos, derrame cerebral, trastornos de hemorragia (excepto infecciones por el VIH), problemas sanguíneos, anemia o nódulos linfáticos agrandados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Las vías respiratorias – tales como asma, enfermedad reactiva del conducto de aire, bronquitis, fiebre del heno, alergias, sinusitis, problemas de pulmón/pecho de cualquier tipo, enfisema, tuberculosis, toser o esputar sangre, falta de aliento, pulmonía, fibrosis cística, fibrosis pulmonar, enfermedad de obstrucción pulmonaria crónica, apnea intermitente al dormir? Si ha tenido asma o alergias (trace un círculo alrededor de la frecuencia pertinente): a diario, semanalmente, mensualmente, por temporadas. Gravedad (trace un círculo alrededor de uno): leve, moderada, grave, otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿El sistema digestivo – tales como problemas de la boca, lengua, esófago o estómago, úlceras, trastorno de la vesícula biliar, enfermedad del hígado, cirrosis, ictericia, ascitis, pancreatitis, problemas del colon, intestinos o recto, colitis, diarrea crónica, hemorroides, hernias, problemas alimenticios o del peso, hepatitis? Si ha tenido hepatitis, indique el/los tipo(s): A, B, C, otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Las vías urinarias – tales como cólico renal, piedras o gravilla, uretra, vejiga, problemas del riñón o el uréter, infecciones, estrechez, pielonefritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Afecciones del Sistema reproductivo masculino , tales como: problemas de próstata, impotencia, problemas en las glándulas mamarias masculinas, ginecomastia, infecciones, herpes, sífilis, gonorrea u otras enfermedades venéreas. O si el solicitante, cónyuge o compañero doméstico –figure o no en la solicitud– recibe o ha recibido tratamiento contra la infertilidad durante los últimos 24 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A. Afecciones del Sistema reproductivo femenino , tales como: problemas en las glándulas mamarias, implantes de pecho, adhesiones, hemorragia anormal, amenorrea, endometriosis, tumores fibrosos, resultados anormales de la prueba de Papanicolau, problemas de ovarios, útero y otras alteraciones asociadas con los órganos femeninos, fecundación in vitro, infecciones, verrugas genitales, herpes, sífilis u otras enfermedades venéreas. O si el solicitante, cónyuge o compañero doméstico –figure o no en la solicitud– recibe o ha recibido tratamiento contra la esterilidad durante los últimos 24 meses. Tipo de implantes (trace un círculo alrededor de uno): salino o de silicón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Alguna de las mujeres solicitantes entre los 12–60 años de edad menstrúa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Si la respuesta es sí, anote el/los nombre(s) de la/las miembra(s) de la familia: _____; _____; _____		
b. ¿Han pasado más de 40 días desde la última menstruación?		
c. Si la respuesta es sí, anote el/los nombre(s) de la/las miembra(s) de la familia: _____; _____; _____		
d. Favor de explicar: _____		
9. ¿Está la solicitante, cónyuge o dependiente, ya sea que esté incluida en esta solicitud o no, embarazada actualmente o en el proceso de adopción o de embarazo suplente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Solo para los hombres: ¿Está usted esperando un hijo con alguna persona, aunque la mujer que vaya a dar a luz no esté incluida en esta solicitud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿El sistema musculoesquelético – tales como torceduras del cuello, espina dorsal/espalda, dolor, lesión, ciática, disco(s) herniado(s) o protuberante(s) o problemas; curvatura de la espina dorsal, escoliosis; cualquier dolor, lesión o problema de las coyunturas, huesos o músculos; artritis, artritis reumatoide, síndrome de articulación temporomaxilar (TMJ, por sus siglas en inglés), enfermedad de Lyme, fracturas/soporte físico residual, dislocaciones, juanetes, dedo del pie en garra, síndrome del canal carpiano, discapacidad física, polio, amputaciones? Si ha recibido tratamiento quiropráctico, por favor explique las razones para el tratamiento: _____ Número de tratamientos quiroprácticos durante los últimos seis meses: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Afecciones de la piel – tales como cáncer de la piel, melanoma, soriasis, queratosis, herpes, verrugas, marcas de nacimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿El sistema metabólico – tales como la diabetes, gota, trastornos adrenales o de la tiroides, deficiencias hormonales o del crecimiento, etc., o trastornos del sistema inmunológico (excepto infecciones del VIH), tales como: lupus, síndrome de Raynaud, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado al SIDA (ARC, por sus siglas en inglés), o tratamiento para el SIDA/ARC con AZT, HIVID o Pentamidina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Problemas o enfermedades de los ojos o la vista, oídos o audición, nariz o respiración, garganta o de tragar – tales como cualquier infección, vista bizca, glaucoma, cataratas, retina desprendida, pólipos, desviación del tabique nasal, exceso de ronquidos, problemas con las amígdalas y los adenoides, apnea recurrente en el dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Cáncer (tumor maligno) – tales como la leucemia, enfermedad de Hodgkin, tumor/quiste, linfoma? Tipo: _____ Si contesta que sí, trace un círculo alrededor del tipo de tratamiento: quimioterapia, terapia de radiación, otro? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alcoholismo y dragadición o abuso de sustancias? Tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Es miembro actualmente de un grupo de apoyo? Tipo: _____ ¿Por cuánto tiempo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Anormalidades congénitas, defectos de nacimiento – tales como el Síndrome Down, parálisis cerebral, labio leporino o paladar hendido, pie torcido, retraso del desarrollo u otras anomalías neurológicas o físicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Consejería o tratamiento por síntomas de depresión, depresión maníaca, ansiedad, ataques de pánico, nerviosismo, trastornos emocionales o mentales, esquizofrenia, problemas de comportamiento, hiperactividad, trastorno de deficiencia de concentración, trastornos alimenticios, bulimia, anorexia, drogadicción o alcoholismo o por cualquier otra razón? ¿Está recibiendo consejería actualmente? Si su respuesta es sí, brinde la razón por la cual recibe consejería y su frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha sido alguna vez paciente internado o ambulatorio en un hospital, centro quirúrgico, sanatorio u otra instalación médica, incluso en una sala de emergencias, o ha tenido alguna cirugía, incluso la angioplastia, la cirugía cosmética/reconstructiva, de derivación o de trasplante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Algún resultado anormal de pruebas de laboratorio, pruebas de sangre, radiografías, EKG, de afección nerviosa, estudios del flujo sanguíneo, MRI, CT, PET u algún otro escanograma (excepto pruebas de detección para los anticuerpos del VIH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Prótesis, implante o retención de soporte físico? Tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Diagnósticos, síntomas y/o problemas no mencionados en alguna parte de esta solicitud, o que no han sido evaluados por un médico, o alguna complicación o remanente después de cualquier tratamiento, o se le ha recomendado obtener un examen de un médico, más pruebas, tratamientos o cirugías que todavía no se han llevado a cabo por un médico, dentista u otro proveedor de cuidados de la salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Pedido o recibido una pensión, beneficios o pagos debido a una lesión, enfermedad, discapacidad o indemnización por accidentes laborales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Tomado o se le ha ordenado tomar algún(os) medicamento(s) recetado(s) durante los últimos 12 meses? Si la respuesta es que sí, por favor llene la Parte 6 de esta solicitud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Fumaba cigarrillos? Miembro de la familia: _____ ¿Cuántos paquetes por día? _____ ¿Durante cuántos años? _____ ¿Dejó/dejaron de fumar? _____ Si respondió afirmativamente, ¿cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Toma bebidas alcohólicas? Miembro de la familia: _____ Cuántos tragos por semana _____ ¿Por cuántos años?: _____ ¿Cuándo dejó(aron) de beber?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Le ha sido rechazada, revocada, negada, diferida, pospuesta o restringida de alguna manera una solicitud para un seguro médico o de vida? Miembro de la familia: _____ Fecha: ____/____/____ Por favor explicar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 5 – DETALLES DE LAS CONDICIONES MÉDICAS – Si respondió “SÍ” a cualquiera de las preguntas número 1 a 24 en la Parte 4, proporcione seguidamente detalles para cada afección.

Si necesita más espacio para brindar la información completa, por favor adjunte una hoja de papel adicional. Asegúrese de identificar al miembro de la familia, la sección y el número de la pregunta; conforme sea pertinente, incluya toda la información solicitada en la Parte 5 y **firmé y feche cada anexo**. Marque aquí para indicar que hay un anexo.

Nombre del miembro de la familia y el nombre que aparece en los expedientes del médico		Diagnóstico y condición actual		Fechas de tratamiento, hospitalización		
Anote el Nº de la pregunta	Nombre	Diagnóstico y tratamiento		Empezó: ____ / ____ (mes/año) Empezó: ____ / ____ (mes/año)		
	¿Todavía persiste la condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Condición actual:			
	Nº de la tarjeta de identificación médica (si está disponible)		¿Fue hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Visita a la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fechas:	
	Nombre completo y dirección de cada médico, clínica u hospital (incluya el Código Postal). para aquellos médicos que pertenecen a un grupo médico, por favor incluya el nombre del grupo médico también					
	Nombre:		Nº telefónico: ()		Grupo médico	
	Dirección:		Oficina Nº	Ciudad	Estado	Código Postal
Anote el Nº de la pregunta	Nombre	Diagnóstico y tratamiento		Empezó: ____ / ____ (mes/año) Empezó: ____ / ____ (mes/año)		
	¿Todavía persiste la condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Condición actual:			
	Nº de la tarjeta de identificación médica (si está disponible)		¿Fue hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Visita a la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fechas:	
	Nombre completo y dirección de cada médico, clínica u hospital (incluya el Código Postal). para aquellos médicos que pertenecen a un grupo médico, por favor incluya el nombre del grupo médico también					
	Nombre:		Nº telefónico: ()		Grupo médico	
	Dirección:		Oficina Nº	Ciudad	Estado	Código Postal
Anote el Nº de la pregunta	Nombre	Diagnóstico y tratamiento		Empezó: ____ / ____ (mes/año) Empezó: ____ / ____ (mes/año)		
	¿Todavía persiste la condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Condición actual:			
	Nº de la tarjeta de identificación médica (si está disponible)		¿Fue hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Visita a la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fechas:	
	Nombre completo y dirección de cada médico, clínica u hospital (incluya el Código Postal). para aquellos médicos que pertenecen a un grupo médico, por favor incluya el nombre del grupo médico también					
	Nombre:		Nº telefónico: ()		Grupo médico	
	Dirección:		Oficina Nº	Ciudad	Estado	Código Postal
Anote el Nº de la pregunta	Nombre	Diagnóstico y tratamiento		Empezó: ____ / ____ (mes/año) Empezó: ____ / ____ (mes/año)		
	¿Todavía persiste la condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Condición actual:			
	Nº de la tarjeta de identificación médica (si está disponible)		¿Fue hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Visita a la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fechas:	
	Nombre completo y dirección de cada médico, clínica u hospital (incluya el Código Postal). para aquellos médicos que pertenecen a un grupo médico, por favor incluya el nombre del grupo médico también					
	Nombre:		Nº telefónico: ()		Grupo médico	
	Dirección:		Oficina Nº	Ciudad	Estado	Código Postal

PARTE 6 – MEDICAMENTOS RECETADOS ACTUALES O RECIENTES

Si usted contestó con "Sí" a la pregunta 25 en la Parte 4, por favor brinde los detalles de los medicamentos actuales y previos.

Nombre del miembro de la familia					Fechas desde: ____/____/____ a : ____/____/____				
Medicamento			Dosis		Condición			Frecuencia	
Nombre del médico			Nº telefónico		Grupo médico			Especialidad del médico	
Dirección			Nº de oficina		Ciudad		Estado		Código Postal
Nombre del miembro de la familia					Fechas desde: ____/____/____ a : ____/____/____				
Medicamento			Dosis		Condición			Frecuencia	
Nombre del médico			Nº telefónico		Grupo médico			Especialidad del médico	
Dirección			Nº de oficina		Ciudad		Estado		Código Postal
Nombre del miembro de la familia					Fechas desde: ____/____/____ a : ____/____/____				
Medicamento			Dosis		Condición			Frecuencia	
Nombre del médico			Nº telefónico		Grupo médico			Especialidad del médico	
Dirección			Nº de oficina		Ciudad		Estado		Código Postal
Nombre del miembro de la familia					Fechas desde: ____/____/____ a : ____/____/____				
Medicamento			Dosis		Condición			Frecuencia	
Nombre del médico			Nº telefónico		Grupo médico			Especialidad del médico	
Dirección			Nº de oficina		Ciudad		Estado		Código Postal

PARTE 7 – ANOTE SU ÚLTIMA VISITA AL CONSULTORIO DE UN MÉDICO¿Usted o algún miembro solicitante de su familia visitaron a un médico durante los últimos 4 años? Si su respuesta es "Sí", ingrese los detalles a continuación. Si su respuesta es "NO", marque aquí y diríjase a la Parte 8. **Se solicitarán los expedientes médicos para los niños menores de un año.**

Nombre del solicitante			Fecha de la visita: ____/____/____		Razón para el examen/revisión			Conclusiones		Condición actual
Nombre del médico			Nº telefónico		Grupo médico			Especialidad del médico		
Dirección			Nº de oficina		Ciudad		Estado		Código Postal	
Nombre del cónyuge			Fecha de la visita: ____/____/____		Razón para el examen/revisión			Conclusiones		Condición actual
Nombre del médico			Nº telefónico		Grupo médico			Especialidad del médico		
Dirección			Nº de oficina		Ciudad		Estado		Código Postal	
Nombre del dependiente			Fecha de la visita: ____/____/____		Razón para el examen/revisión			Conclusiones		Condición actual
Nombre del médico			Nº telefónico		Grupo médico			Especialidad del médico		
Dirección			Nº de oficina		Ciudad		Estado		Código Postal	
Nombre del dependiente			Fecha de la visita: ____/____/____		Razón para el examen/revisión			Conclusiones		Condición actual
Nombre del médico			Nº telefónico		Grupo médico			Especialidad del médico		
Dirección			Nº de oficina		Ciudad		Estado		Código Postal	

PARTE 8 – COBERTURA MÉDICA ANTERIOR – Por favor conteste cada pregunta.

1. ¿Usted o algún otro miembro solicitante de su familia ha tenido cobertura médica (seguro) dentro de los últimos 63 días? SÍ NO
2. Si su respuesta es que sí, rellene lo siguiente:
- | | | | | |
|---------------------|--|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| Solicitante | Tipo de Cobertura:
<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> COBRA
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Otro | Fecha de vigencia:
____/____/____ | Fecha de cancelación:
____/____/____ | Administrador COBRA:
_____ |
| Cónyuge/Dependiente | <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> COBRA
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Otro | ____/____/____ | ____/____/____ | _____ |
3. Si usted está solicitando un plan aparte de la Access+ HMO, tuvo un plan anterior que cubrió cualquiera de las condiciones marcadas en la Parte 4? SÍ No Si ese plan anterior terminó dentro de los 63 días de la fecha en que Blue Shield recibe esta solicitud, favor de marcar aquí y entregue un certificado de cobertura meritoria de su compañía de seguro médico anterior. Si se aprueba su solicitud, nosotros aplicaremos su cobertura meritoria anterior para reducir cualquier tiempo de espera sobre su exclusión por condición preexistente con este plan. Vea el folleto Resumen de Beneficios para más información sobre condiciones preexistentes. Usted puede llamar a Blue Shield al **(800) 431-2809** para recibir ayuda para obtener un certificado.
4. Si está solicitando el Plan Access+ HMO, tome nota de que el embarazo es una Condición Exenta. Los beneficios para servicios del embarazo y la maternidad no están cubiertos durante el período de seis (6) meses a partir de la fecha vigente de la cobertura, excepto los servicios necesarios para el tratamiento de complicaciones involuntarias del embarazo. Sin embargo, si usted tiene cobertura acreditativa anterior, y solicita la cobertura dentro de los 63 días después de la cancelación de la cobertura anterior, Blue Shield le acreditará al período de seis meses el período de tiempo que tuvo cobertura bajo su plan anterior. Vea el folleto Resumen de Beneficios para más información sobre las condiciones exentas. Puede llamar a Blue Shield al **(800) 431-2809** para que le ayuden a obtener un certificado.

NO SE OLVIDE – USTED TIENE QUE FIRMAR Y PONER LA FECHA DE HOY EN LA PARTE 8 DE ESTA SOLICITUD

PARTE 9 – AUTORIZACION PARA LA REVELACION DE INFORMACION

Al firmar este formulario, usted concede su autorización para que cualquier proveedor de atención de la salud, compañía aseguradora, organización de respaldo de seguros, plan de salud o su agente de seguro comparta la información sobre la atención de su salud, y/o la de sus dependientes, con Blue Shield of California o con Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (conjuntamente, Blue Shield), con el propósito de revisar su solicitud para la cobertura de Blue Shield.

Además, al firmar este formulario, usted concede su autorización a Blue Shield para que comparta la información sobre la atención de su salud con cualquier proveedor de atención de la salud, compañía aseguradora, entidad autoaseguradora, organización de respaldo de seguros, plan de salud o su agente de seguro, con el propósito de investigar o evaluar cualquier reclamación de beneficios. La información sobre la atención médica utilizada o divulgada para los fines de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica.

Usted tiene derecho a negarse a firmar esta autorización. Sin embargo, Blue Shield tiene el derecho de poner como condición para la elegibilidad de cobertura y las determinaciones de inscripción suyas, y/o las de sus dependientes, el recibo de esta autorización firmada.

Tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización una vez firmada.

Vencimiento: Esta autorización se mantendrá en vigencia: 1) durante treinta (30) meses a partir de la fecha de esta autorización para propósitos del trámite de su solicitud, procesamiento de una solicitud de restitución o procesamiento de una solicitud para cambio de beneficios; 2) durante el tiempo que sea necesario para el procesamiento de las reclamaciones incurridas durante el término de la cobertura y 3) durante el término de la cobertura para todas las demás actividades bajo el acuerdo/la póliza de los servicios de salud.

Derecho a revocar: Entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso escrito indicando mi revocación a Blue Shield. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que Blue Shield haya tomado basándose en esta autorización antes de recibir mi aviso escrito de revocación.

Solicitante/padre(madre) o tutor(a) legal

X _____

Fecha de hoy

____/____/____

Cónyuge/compañero(a) doméstico(a) del/la solicitante

X _____

Fecha de hoy

____/____/____

Solicitante de 18 años o mayor

X _____

Fecha de hoy

____/____/____

Solicitante de 18 años o mayo

X _____

Fecha de hoy

____/____/____

PARTE 10 – AUTORIZACIONES, TÉRMINOS & CONDICIONES

Favor de leer cuidadosamente los siguientes términos y condiciones. Su autorización y firma tienen que aparecer al pie de la página.

- Solicitud de cobertura:** Es importante saber que Blue Shield of California o Blue Shield Life & Health Insurance Company (como sea pertinente) tiene derecho a rechazar su solicitud de cobertura. Nota: Entiendo que Blue Shield puede utilizar cualquier información médica al revisar mi solicitud, incluso cualquier afección de la salud que padezca después de la firma y entrega de esta solicitud y antes de que el Asegurador tome una decisión.
- Cuotas/primas del primer mes:** Adjunte a esta solicitud un cheque personal o giro postal por una cantidad igual a la Cuota/Prima de un mes. Ubique su cuota/prima mensual calculada en el libro de tarifas proporcionado. Si usted no entrega el pago completo de la Cuota/Prima, es posible que se atrase el procesamiento y la fecha de vigencia de la cobertura. Favor de observar que el cambio de su cheque no constituye una aprobación de su solicitud con Blue Shield o Blue Shield Life. Si no se aprueba su solicitud, se le devolverá esa suma.
- Para los solicitantes del plan de Salud a Corto Plazo:** Si usted está solicitando una póliza de seguro de salud a corto plazo de Blue Shield Life, no se le exige entregar sus Cuota/Prima del primer mes con su solicitud de los Planes Individuales y Familiares. Entregue directamente su solicitud del plan de salud a corto plazo a Blue Shield Life a la dirección que aparece en la solicitud del plan de salud a corto plazo.
- Cuotas/Primas:** Las cuotas/primas se deben pagar el primer día del período de facturación. Se dará por terminada la cobertura si no se pagan puntualmente las Cuotas/Primas según se establece en el Acuerdo de Servicio Médico/Póliza.
- Fecha de vigencia de la cobertura:** Si se aprueba su solicitud, Blue Shield le notificará su fecha de vigencia de cobertura. Si Blue Shield no puede cumplir con la fecha de vigencia que usted solicita, o no puede emitir la cobertura antes de la fecha que usted solicita, la cobertura empezará tan pronto sea posible. Si se deben Cuotas/Primas adicionales, se deberá recibir el pago dentro del tiempo especificado en el aviso de Blue Shield para evitar el cambio de la fecha de vigencia. Cualquier cargo incurrido por servicios recibidos antes de su fecha de vigencia o después de que se dé por terminada la cobertura no están cubiertos.
- Acuerdo total:** Si se aprueba, esta solicitud (incluso el cuestionario médico), junto con la evidencia de cobertura y acuerdo de servicios médicos/certificado de seguro y póliza, cualquier aprobación, apéndices y anexos a los mismos, colectivamente constituirán el acuerdo total para la cobertura. Su agente no puede aprobar esta solicitud para la cobertura o cambiar ninguno de los términos o condiciones de cobertura.
- Padres/tutores:** Si usted es el padre o tutor legal de un solicitante que es un menor, sírvase firmar a favor del solicitante de esta Parte 10. Como padre o tutor legal, a usted se le identifica como la persona quien puede hacer indagaciones y actuar de parte del solicitante con respecto a la cobertura (conforme lo permite la ley). Además, usted está acordando asumir toda la responsabilidad por los pagos de las Cuotas/Primas y por acatar los términos y condiciones de la cobertura. Si usted no es el padre del solicitante, favor de adjuntar los documentos del tribunal que lo nombran tutor de este menor. Marque una de las siguientes casillas e identifique al individuo autorizado para actuar a favor del menor (solicitante):
 - Solo el padre/la madre o tutor legal: _____ (nombre) o,
 - La persona nombrada por mí _____ (incluir nombre y parentesco) o,
 - La persona nombrada por una Orden de Apoyo Médico Calificado Para Niños _____ (incluir nombre y parentesco).
 - Marcar esta casilla si Blue Shield solo ha de hacer cambios al contrato tras recibir una solicitud escrita de la persona indicada anteriormente.
- Autorización para que el cónyuge haga cambios:** Si usted es un solicitante cuyo cónyuge también está solicitando la cobertura, favor de especificar si usted autoriza a su cónyuge para que haga cambios al contrato/póliza de parte suya. Sí. No. **Nota:** Usted puede discontinuar esta autorización en cualquier momento con enviar una solicitud escrita a Blue Shield.
- Respuesta a la información solicitada:** Usted acuerda cooperar con Blue Shield (o con Blue Shield Life, conforme sea pertinente) con brindar, o brindar acceso a, los documentos y demás información solicitada para corroborar la información proporcionada en esta solicitud de cobertura. Usted reconoce y conviene en que el no cumplir con, o negarse a, brindar estos documentos o información, puede ser la causa de que se anule o cancele su cobertura.
- Se prohíben las pruebas del VIH:** La ley de California prohíbe que una compañía de seguro médico o plan de servicio de cuidados médicos exija o use una prueba del VIH como condición para poder conseguir la cobertura médica.

TODOS LOS SOLICITANTES DE 18 AÑOS Y MAYORES TIENEN QUE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD. MANTENGA UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD PARA SU INFORMACIÓN.

He leído el resumen de beneficios y los términos y condiciones de la cobertura, así como las autorizaciones expuestas anteriormente. Entiendo y estoy de acuerdo con cada una de ellas. Yo soy la única persona responsable de cuán exacta y completa sea la información brindada en esta solicitud. Entiendo que ni yo, ni ningún miembro de mi familia, calificará para la cobertura si alguna información es falsa o incompleta. Además entiendo que si se emite la cobertura, la misma puede quedar cancelada o anulada si se descubre información falsa o incompleta.

Firma del solicitante (o tutor legal)	La fecha de hoy (exigida)	Nombre en letra de molde (y relación si el solicitante es un menor)
X _____	____/____/____	_____
Firma del cónyuge/compañero doméstico del solicitante (si está haciendo solicitud)	La fecha de hoy (exigida)	Nombre en letra de molde
X _____	____/____/____	_____
Firma del miembro de la familia de 18 años o mayor (si está haciendo solicitud)	La fecha de hoy (exigida)	Nombre en letra de molde
X _____	____/____/____	_____
Firma del miembro de la familia de 18 años o mayor (si está haciendo solicitud)	La fecha de hoy (exigida)	Nombre en letra de molde
X _____	____/____/____	_____

PARTE 11 – DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA EMISIÓN GARANTIZADA

Si usted tiene una condición preexistente y tiene alguna inquietud acerca de si puede obtener la cobertura de cuidados de la salud, Blue Shield le ofrece una alternativa que usted puede considerar.

La Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, HIPAA, por sus siglas en inglés) federal facilita que las personas cubiertas bajo un plan médico de grupo existente puedan mantener la cobertura independientemente de sus condiciones preexistentes cuando cambian de empleo o quedan desempleadas por largos plazos de tiempo. Si usted cumple con las condiciones siguientes, tiene derecho a la emisión garantizada de acuerdo con la HIPAA, y Blue Shield aceptará automáticamente su solicitud para el PPO Plan 1500, PPO Plan 2000, Blue Shield Life PPO Plan 1500 ó Blue Shield Life PPO Plan 2000, sin suscripción.

Si usted está haciendo la solicitud para la cobertura a favor de algún dependiente que no califica para la emisión garantizada, tal cobertura estará sujeta a una suscripción médica, excepto para los niños que fueron inscritos bajo alguna cobertura meritaria anterior dentro de 30 días de haber nacido o haber sido colocados para ser adoptados. Un hijo dependiente de 18 años o menor, o un cónyuge dependiente que esté solicitando la emisión garantizada, deben completar una Declaración de Elegibilidad de Emisión Garantizada separada (Blue Shield aceptará copias de la Declaración de Elegibilidad de Emisión Garantizada). Para obtener solicitudes adicionales o las tarifas actuales de la emisión garantizada, por favor comuníquese con su agente de Blue Shield o llame a Blue Shield al **(800) 431-2809**.

DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE EMISIÓN GARANTIZADA & LISTA DE CONTROL

Favor de contestar "sí" o "no" para cada una de las siguientes declaraciones:

1. He tenido cobertura del cuidado de la salud por lo menos 18 meses en total (incluso COBRA o Cal-COBRA, si corresponde) sin más de 63 días de interrupción de la cobertura (incluido cualquier período de espera impuesto por el empleador). Sí No
2. Mi cobertura más reciente fue por medio de un plan de salud patrocinado por un empleador (COBRA y Cal-COBRA se consideran coberturas patrocinadas por un empleador). Sí No
3. Si usted calificó para COBRA o Cal-COBRA en o después del antes del 1º de enero, 2003, usted calificó para 36 meses de cobertura bajo COBRA o Cal-COBRA o una combinación de COBRA o Cal-COBRA. Por favor responda a esta declaración:

Yo acepté la cobertura COBRA o Cal-COBRA y agoté los 36 meses de cobertura Sí No

Si "sí," favor de indicar la fecha en que se agotó COBRA o Cal-COBRA: ____/____/____

Si "no," por favor explique: _____

Si contestó "sí" a las declaraciones 1, 2, o 3, favor de pasar a las 4 y 5. Si contestó "No" a cualquiera de las declaraciones anteriores, no siga. Usted no califica para la Emisión Garantizada.

4. Actualmente califico para cobertura bajo un plan de salud grupal o patrocinado por el empleador, Medicare o Medicaid Sí NO
5. Mi cobertura más reciente terminó debido a la falta de pago de las primas/cuotas o por fraude Sí NO

Si contestó "no" a las preguntas 4 y 5 y "sí" a las declaraciones 1, 2, o 3, usted debe seleccionar una de las casillas que siguen para procesar su solicitud.

OPCIONES PARA LA COBERTURA DE LA EMISIÓN GARANTIZADA

- A. Si usted sabe que no calificará para la cobertura, o no desea hacer la solicitud para el plan suscrito, marque esta casilla:
- Solo emitan el plan de Emisión Garantizada. debido a que he escogido esta opción, entiendo que no se me considerará para el plan suscrito.
- B. Si usted está solicitando tanto la Emisión Garantizada como el plan suscrito, seleccione uno de los siguientes:
- Cobertura de Emisión Garantizada para la fecha de vigencia más temprana, para tener cobertura durante el proceso de suscripción del plan individual. (entiendo que si se aprueba mi solicitud para el plan suscrito, automáticamente seré transferido al plan suscrito. si no se aprueba mi solicitud, continuaré recibiendo la Emisión Garantizada.)
- Emitan el plan de Emisión Garantizada solamente si no recibo aprobación para el plan suscrito. (entiendo que no tendré ninguna cobertura hasta que sea procesada mi solicitud para el plan suscrito y ésta sea aprobada o rechazada.)

Al firmar esta declaración, yo verifico que he leído y entendido las condiciones de elegibilidad enumeradas anteriormente y que toda la información es cierta y correcta.

Firma del solicitante o tutor legal

La fecha de hoy (exigido)

Nombre en letra de molde

_____ / _____ / _____

PARTE 12 — INFORMACIÓN DEL PRODUCTOR – Esta parte la debe llenar el Productor.

1. ¿Llenó usted esta solicitud? Sí No
2. Si contestó que sí, ¿le preguntó usted al solicitante cada pregunta de esta solicitud tal y como está expuesta? Sí No
3. ¿Ha puesto usted las respuestas tal y como se las dieron a usted? Sí No, adjunte una explicación.
4. ¿Vió usted al solicitante? Sí No
5. ¿Está usted enterado de alguna información de la salud que no ha sido revelada en esta solicitud que pueda tener un impacto como riesgo?
 Sí , adjunte una explicación No
6. ¿Desea usted que se le envíe este acuerdo/póliza de servicio directamente al suscriptor? Sí No

N° del Productor: _____	N° telefónico: () <input type="checkbox"/> Nuevo	N° de fax: () <input type="checkbox"/> Nuevo
Nombre del Productor:	Dirección de correo electrónico: <input type="checkbox"/> Nuevo	
Dirección del productor: <input type="checkbox"/> Nuevo		
Nombre del Super Productor:	N° del Super Productor _____	

La fecha de hoy (exigido)	Firma del productor (exigido)	Nombre en letra de molde
____ / ____ / ____	X _____	_____

AVISO: Favor de asegurarse que cada parte de la solicitud esté completa. En caso de que haya información faltante o incompleta, Blue Shield podrá contactar en forma directa a su solicitante para obtener la información necesaria. Las solicitudes IFP se pueden enviar por fax sin cargo durante las 24 horas, todos los días de la semana, al **(888) 386-3420**.

Lista de control para la solicitud

Antes de enviar su solicitud para que sea procesada, le sugerimos que revise esta lista de control.

Confirme que todas las casillas estén marcadas para que su solicitud pueda tramitarse lo antes posible.

Asegúrese de que usted y cada miembro solicitante de su familia hayan seguido los pasos que se enumeran a continuación:

- Responder a todas las preguntas, aunque no haya estado seguro de que algunas le correspondieran.
- Escribir en letra de molde clara y con tinta azul o negra.
- Seleccionar un Médico Personal únicamente si solicita el Access+ HMO o Access+ Value HMO.
- Indicar su método de facturación elegido en la Parte Uno de la solicitud. Si usted eligió pagos con tarjeta de crédito o Easy\$Pay, debe completar el formulario de autorización que aparece en el reverso de esta página y enviarlo cuando entregue su solicitud a Blue Shield.
- Adjuntar a su solicitud un cheque personal o un giro postal por un monto igual a la cuota/prima del primer mes de cobertura.
- Firmar las Partes 9 y 10 de la solicitud.
- Se requieren las firmas de todos los solicitantes (de 18 años de edad y mayores).
- Devolver la solicitud dentro de los 30 días de haberla firmado y fechado.

Información general

Usted tiene derecho a cualquier Plan de Salud Individual & Familiar si usted: es residente de California, no tiene derecho a recibir Medicare y no es mayor de 65 años.

Si se aprueba su solicitud, usted podrá calificar para recibir los beneficios de Access+ HMO o Access+ Value HMO el primer día del mes siguiente a la fecha en que Blue Shield haya aprobado su solicitud, y en cualquier día del mes, a excepción del 29, 30 ó 31 del mes siguiente a la fecha de aprobación de Blue Shield para cualquier plan PPO IFP. Si

usted está casado, su cónyuge/compañero doméstico (menor de 65 años) y sus hijos dependientes que estén solteros (menores de 19 años, ó menores de 23 años si son estudiantes de tiempo completo), califican para solicitar la cobertura para dependientes. Si sus niños son menores de 19 años, usted también puede hacer la solicitud para los planes YouthCare, que posiblemente le cuesten menos en general. Llame a Blue Shield al **(800) 351-2465** o hable con su agente para averiguar cuál opción le conviene más a usted.

Proceso para autorizar a Blue Shield a compartir información personal con otros: Si usted desea autorizar a su cónyuge/compañero doméstico o a un tercero para que tenga acceso a su información médica personal, sírvase rellenar el formulario titulado *Autorización Para que Blue Shield Revele Información Personal & Médica a Terceros*. Para obtener este formulario, acuda a mylifepath.com o llame al **1-800-431-2809**.

Información de facturación

- Use el libro de tarifas que se le ha brindado y calcule sus tarifas o hable con su agente para obtener tarifas calculadas. Es posible que usted reciba tarifas más altas que las cotizadas por su agente.
- Para pagar la cuota/prima del primer mes, adjunte a su solicitud un cheque personal o un giro postal por un monto igual a la cuota/prima de un mes, a nombre de Blue Shield.

Las cuotas/primas subsiguientes deben pagarse por adelantado. Blue Shield ofrece cuatro métodos de pago. Verifique que haya seleccionado un sistema de facturación en la Parte Uno de la solicitud.

1. Pago mensual con Easy\$Pay: los pagos mensuales se transfieren automáticamente de su cuenta corriente o cuenta de ahorros.
2. Pago con tarjeta de crédito: los pagos mensuales/trimestrales se cargan automáticamente en su tarjeta de crédito.
3. Pago mensual (30 días)
4. Pago trimestral (90 días)

Para inscribirse en Pagos Automáticos: complete el formulario de autorización que encontrará en la próxima página y regréselo junto con su solicitud. Si usted ha seleccionado Easy\$Pay como su opción de pago, favor de adjuntar a su formulario de autorización un comprobante de depósito o un cheque en blanco que lleve escrita la palabra "NULO", además del cheque por las cuotas/primas iniciales. Si prefiere no adjuntar un cheque anulado ni un comprobante de depósito, deberá proporcionar el número de ruta/tránsito de su institución financiera.

Mary Jane Blue 123 First St. Anytown, CA 99999	3025
Pay to Order of	_____20____
Any Bank San Francisco Main Office P.O. Box 8944 San Francisco, CA 94126	Dollars
Memo	_____
032056884 9 8707228001 0233	
_____ Bank Account Number	
_____ Bank Routing/Transit Number	

Formulario de Autorización de Pago Automático

YO SOY: <input type="checkbox"/> Un Nuevo solicitante de Pago Automático (se requiere un aviso de 30 días) <input type="checkbox"/> Un usuario actual de pago automático que informa un cambio en el banco o en el número de cuenta
MÉTODO DE PAGO AUTOMÁTICO: <input type="checkbox"/> Easy\$Pay (complete sólo las Partes A y C): Cuenta corriente Cuenta de ahorros (escoja una opción) <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito* (complete sólo las Partes B y C)

PARTE A (complete sólo para débitos de la cuenta corriente/de ahorros)			
Fecha de pago (escoja una opción): Los suscriptores de HMO y de HMO Dental deben marcar la casilla que indica 1º del mes: <input type="checkbox"/> 1º del mes <input type="checkbox"/> 15 del mes			
Número de ruta bancaria/número de transferencia	Número de cuenta bancaria		
Nombre de la institución financiera	Titular(es) de la cuenta bancaria		
Dirección de la sucursal	Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico de la sucursal			

PARTE B (Complete sólo para cargos en la tarjeta de crédito. Únicamente Visa o MasterCard.)			
Fecha de pago (escoja una opción): <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral			
Número de tarjeta de crédito	Nombre del titular de la tarjeta	Primero	Segundo Apellido
Tipo de tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard	Fecha de Vencimiento (mes/año)		
Domicilio de facturación del titular de la tarjeta	Ciudad	Estado	Código Postal

PARTE C (todos los solicitantes deben completar esta sección)			
Nombre del suscriptor		Número telefónico del suscriptor (durante el día)	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código Postal

Autorizo a la compañía prestadora de mi plan, Blue Shield of California o la Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, según corresponda, a iniciar débitos/cargos (y/o correcciones a débitos/cargos previos) de mi cuenta con la institución financiera identificada por mí en este formulario para el pago de las cuotas/primas de mi plan con Blue Shield, como también de las cuotas/primas de los siguientes suscriptores (mis dependientes):

_____ - _____ - _____ Número de Seguro Social	_____ - _____ - _____ Número de Seguro Social del Cónyuge
_____ - _____ - _____ Número de Seguro Social del Dependiente	_____ - _____ - _____ Número de Seguro Social del Dependiente

También autorizo a la institución financiera a reducir/cambiar el saldo de mi cuenta según el monto de dichos débitos/cargos (y/o correcciones a débitos/cargos previos). Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que yo revoque la autorización indicada, al menos 10 días antes de que se carguen/debitten los montos de mi cuenta.

Firmas Autorizada(s) según aparece/n en los registros de la institución financiera. Si la cuenta figura como una cuenta conjunta, ambos titulares deben firmar. Si el titular de la cuenta bancaria no es un individuo, la persona que firme en representación de una compañía/sociedad debe identificarse, como también indicar su vínculo con tal compañía/sociedad.

Firma	Fecha
Nombre en letra de molde	Vínculo
Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	Vínculo

* Se le cobrará el monto adeudado de las cuotas/primas hasta que decida anular su programa de pagos automáticos. Si desea cancelar el pago automático o si se modifica la cuenta de la cual se debitan los pagos, favor de contactar a Servicios al Cliente de IFP al teléfono (800) 431-2809.