

# Formulario de Inscripción del Plan Dental PPO para los Miembros del Plan Suplementario de Medicare de Blue Shield

Nombre del suscriptor (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Número de identificación de suscriptor de Blue Shield: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tipo de contrato del plan suplementario de Medicare:  Individual  Para dos personas (consulte la Sección 2 a continuación)

## 1. Opción de plan dental:

Dental PPO 1000  Dental PPO 1500  Paquete dental + de la vista Specialty Duo\*

**2. Inscripción para dos personas:** debe completarse si usted tiene un contrato para dos personas. Si usted tiene un contrato con un plan Suplementario de Medicare para dos personas con Blue Shield, usted y su cónyuge o pareja conviviente deben elegir e inscribirse ambos en el mismo plan dental PPO o paquete dental + de la vista.

**Importante:** si solo uno de ustedes desea inscribirse en un plan dental PPO o paquete dental + de la vista, o si cada uno desea inscribirse en un plan dental PPO o paquete dental + de la vista distinto (según se indica al elegir una opción de plan diferente en esta Sección 2), su contrato para dos personas con el plan Suplementario de Medicare se verá afectado. Si no se elige ningún plan dental, o si se elige una opción de plan dental distinta para el cónyuge/pareja conviviente a continuación, usted le solicita a Blue Shield que cambie su contrato y su tarifa para dos personas por contratos individuales y tarifas para una sola persona.

Nombre del cónyuge/pareja conviviente (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Opción de plan dental del cónyuge/pareja conviviente:

Dental PPO 1000  Dental PPO 1500  Paquete dental + de la vista Specialty Duo\*  Ninguna

## 3. Aceptación de términos y condiciones

Antes de presentar este formulario de inscripción, lea los siguientes puntos y ratifique su aceptación colocando su firma y la fecha a continuación:

- Ratifico que, al momento de inscribirme en este plan dental PPO o paquete dental + de la vista, soy o seré miembro de un plan suplementario de Medicare de Blue Shield.
- Entiendo que si la cobertura de mi plan dental o la cobertura dental + de la vista se cancelan por alguna razón (ya sea por mí o por Blue Shield), deberé esperar seis meses para volver a solicitar la cobertura.
- Entiendo que si la cobertura de mi plan Suplementario de Medicare de Blue Shield se termina, la cobertura de este plan dental o la cobertura dental + de la vista también se terminan.
- Entiendo que Blue Shield me notificará la fecha de entrada en vigor de mi cobertura y que ningún cargo por servicios recibidos con anterioridad a dicha fecha de entrada en vigor o posteriormente a la terminación de la cobertura está cubierto.

He leído el resumen de beneficios y cada uno de los términos y condiciones de la cobertura descritos anteriormente. Entiendo y acepto cada uno de ellos. Toda la información y las ratificaciones proporcionadas en este formulario son correctas y verdaderas a mi leal saber y entender.

Firma del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge/pareja conviviente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\* Asegurado por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life). Se encuentra en trámite la aprobación reglamentaria de este plan. El paquete Specialty Duo incluye tanto el Specialty Duo Dental Plan como el Specialty Duo Vision Plan para los miembros del plan Suplementario de Medicare.

Envíe por correo o por fax la solicitud completa y firmada a:

Installation & Membership, Blue Shield of California  
P.O. Box 3008  
Lodi, CA 95241-1912  
Fax: (844) 266-1850

For internal use only

DSA name: \_\_\_\_\_

DSA number: \_\_\_\_\_

Producer number: \_\_\_\_\_