

Información del productor: Se deben indicar el nombre y la identificación o el Número Nacional de Productor (NPN, en inglés).

Nombre de la agencia: _____
(escriba en letra de imprenta el nombre de la agencia designada)

N.º de identificación de la agencia: _____
(escriba en letra de imprenta el número de identificación de impuestos de la agencia)

Nombre del productor (agente de seguros) (obligatorio): _____
(escriba en letra de imprenta el nombre del agente de seguros)

N.º de identificación del productor: _____
(escriba en letra de imprenta el número de identificación de impuestos del agente)

Número Nacional de Productor (NPN, en inglés) o Número de Identificación del Contribuyente (TIN, en inglés) del productor (agente de seguros) (se requiere uno): _____
(escriba en letra de imprenta el NPN o el TIN)

Número de teléfono del productor: _____

Dirección de correo electrónico del productor: _____

Fecha en que el productor recibió la solicitud: _____

Firma del productor: _____

Con mi firma, certifico que he leído y entendido las reglas de inscripción y las normas de comercialización y comunicación del organismo Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), y confirmo que la persona inscrita ha recibido un paquete de inscripción completo. Acepto que esta inscripción de un beneficiario de Medicare en nombre de Blue Shield of California se ha hecho de acuerdo con estas normas.

Blue Shield of California es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.