

# Solicitud para planes de salud individuales y familiares de Blue Shield



## Blue Shield of California y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Este documento tiene como objetivo solicitar una cobertura directamente de Blue Shield para obtener un plan individual y familiar (IFP, por sus siglas en inglés) de Blue Shield. Si desea inscribirse en una cobertura o modificar una cobertura obtenida mediante Covered California, comuníquese directamente con Covered California.

**(PARA  
USO EXCLUSIVO  
DEL PRODUCTOR)**

LA SOLICITUD SE DEBE COMPLETAR CON TINTA AZUL O NEGRA Y EN LETRAS MAYÚSCULAS DE IMPRENTA. Asegúrese de contestar todas las preguntas de la forma más completa y exacta posible y **de incluir la prima del primer mes** para evitar la posible devolución de la solicitud. Envíe TODAS las páginas, de la 1 a la 12, como su solicitud completa junto con cualquier otra documentación de respaldo a Blue Shield Attn: I&B – Applications, P.O. Box 3008, Lodi, CA 95241-9969 o por fax al: (888) 386-3420. Llame a Blue Shield al **(800) 431-2809** o comuníquese con su agente si necesita ayuda para completar la solicitud. **Debe marcar las casillas de la siguiente manera:**

CÓDIGO  
DE MERCADO

Motivo de la solicitud:  Inscripción abierta: inscripción nueva  Inscripción abierta: incorporar un familiar a la cobertura actual  Transferencia de plan  
 Inscripción especial/Circunstancia habilitante: al marcar esta casilla, usted certifica que, a su leal saber y entender, reúne los requisitos para una Inscripción especial.

Fecha en la que ocurrió la circunstancia habilitante para la Inscripción especial: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Explique el tipo de circunstancia habilitante para la Inscripción especial: \_\_\_\_\_

Nota: Para escoger una cobertura, debe solicitarla dentro de un período de 60 días desde la circunstancia desencadenante.

Si incorpora un dependiente a la cobertura actual, proporcione el número de suscriptor de Blue Shield del suscriptor actual: \_\_\_\_\_

### Parte 1: Información del solicitante principal

Usted reúne los requisitos para solicitar un plan de salud individual y familiar de Blue Shield si reside en California y no reúne los requisitos para Medicare.

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante \_\_\_\_\_

Primer nombre e inicial del segundo \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino Casado(a):  Sí  No Pareja conviviente:  Sí  No Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono laboral del solicitante ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono particular del solicitante ( ) \_\_\_\_\_

N.º de fax del solicitante ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono celular del solicitante ( ) \_\_\_\_\_

Dirección electrónica del solicitante: \_\_\_\_\_

Si es miembro actual de Blue Shield, proporcione su número de suscriptor: \_\_\_\_\_

Dirección particular (**SIN** apartados postales) \_\_\_\_\_ N.º de apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de facturación (si difiere de la anterior) \_\_\_\_\_ N.º de apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección postal (si difiere de la dirección particular) \_\_\_\_\_ N.º de apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Código postal del empleador del solicitante \_\_\_\_\_ Código postal del empleador del cónyuge/pareja conviviente \_\_\_\_\_

Indique otro(s) nombre(s) que haya utilizado \_\_\_\_\_

#### Opción de plan de salud (marque solo una casilla):

##### Planes de Blue Shield of California:

- Platinum 90 PPO  Silver Seven 3750 PPO  Bronze 5550 PPO  
 Gold 80 PPO  Silver 1850 PPO  Bronze 60 HSA PPO  
 Silver 70 PPO  Bronze 60 PPO  Minimum Coverage PPO

Debe solicitar la cobertura antes del día 15 del mes para que la cobertura entre en vigencia el primer día del mes siguiente. Si solicita la cobertura entre el día 16 y el último día del mes, entrará en vigencia el primer día del segundo mes siguiente. Es posible que las fechas de entrada en vigor de los períodos de Inscripción especial sean diferentes de las de la Inscripción abierta. Para obtener detalles, consulte la Parte 5(b), Punto 4.

Fecha de entrada en vigor solicitada (para obtener más información, consulte la Parte 5(b), Punto 4) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota: Los formularios de Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) se encuentran disponibles para todos los planes médicos. Dichos formularios proporcionan un resumen de la cobertura y los beneficios de los planes de manera uniforme. Ingrese en [blueshieldca.com/sbc](http://blueshieldca.com/sbc) para descargar los formularios de SBC correspondientes a cualquier plan que haya solicitado.

**Parte 1: Información del solicitante principal (continuación):**

(a) ¿Reside el solicitante principal actualmente en California?  Sí  No Si la respuesta es "No", ¿dónde reside el solicitante principal? \_\_\_\_\_

Indique la preferencia de idioma:  Inglés  Español  Chino  Vietnamita  Coreano  Otro: \_\_\_\_\_

Método de contacto de preferencia (marque uno):  Teléfono particular  Teléfono laboral  Teléfono celular  Correo electrónico  Correo común

Mejor horario para comunicarse con usted: \_\_\_\_\_  a. m.  p. m.

Marque esta casilla si anteriormente tuvo cobertura con Blue Shield.

Si tuvo cobertura, indique su n.º de suscriptor de Blue Shield previo, si lo tiene: \_\_\_\_\_

**Parte 2: Opciones de planes complementarios para el solicitante principal**

Usted también puede adquirir un plan dental, un plan de la vista, un paquete dental + de la vista y/o un seguro de vida para complementar su cobertura de salud. Los planes dentales, los planes de la vista, los planes dentales + de la vista y/o el seguro de vida también se encuentran disponibles sin un plan médico.

Opciones de planes dentales y de la vista (seleccione solo un plan dental y/o un plan de la vista O Specialty Duo):

Dental HMO  Enhanced Dental HMO \$0  Dental PPO  Enhanced Dental PPO 50/1250  
 Enhanced Dental PPO 25/500  Paquete Specialty Duo (dental + de la vista)\*  Ultimate Vision 15/25/120\*  Ultimate Vision 15/25/150\*

Solo para Dental HMO: visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) para encontrar un proveedor dental o llame al **(800) 431-2809** si tiene alguna pregunta.

N.º de proveedor dental: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor dental: \_\_\_\_\_

Opción de seguro de vida\*: El seguro de vida se encuentra disponible para los solicitantes mayores de 1 año de edad. La cobertura se ofrece en los siguientes montos: \$10,000 (entre 1 y 64 años); \$30,000 (entre 1 y 64 años); \$60,000 (entre 19 y 64 años); \$90,000 (entre 19 y 64 años); \$100,000 (entre 19 y 64 años). Para adquirir una cobertura de seguro de vida, debe completarse una solicitud de seguro de vida por separado. Para obtener las tarifas del seguro de vida y solicitar una cobertura, visite nuestro sitio web en [blueshieldca.com/term-life](http://blueshieldca.com/term-life).

**Parte 3(a): Información del cónyuge/pareja conviviente dependiente solicitante**

Cónyuge  Pareja conviviente Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante \_\_\_\_\_

Primer nombre e inicial del segundo \_\_\_\_\_

Inicial \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

La residencia del cónyuge/pareja conviviente solicitante ¿es la misma que la del solicitante principal?  Sí  No

Si la respuesta es "No", ¿dónde reside el solicitante? (dirección, incluidos el código postal y el estado) \_\_\_\_\_

¿Solicita este dependiente el mismo plan que el solicitante principal?  Sí  No Si la respuesta es "No", ¿cuál es el plan? (marque uno):

**Planes de Blue Shield of California:**

Platinum 90 PPO  Gold 80 PPO  Silver 70 PPO  Silver Seven 3750 PPO  Silver 1850 PPO  
 Bronze 60 PPO  Bronze 5550 PPO  Minimum Coverage PPO  Bronze 60 HSA PPO

Opciones de planes dentales y de la vista (seleccione solo un plan dental y/o un plan de la vista O Specialty Duo):

Dental HMO  Enhanced Dental HMO \$0  Dental PPO  Enhanced Dental PPO 50/1250  
 Enhanced Dental PPO 25/500  Paquete Specialty Duo (dental + de la vista)\*  Ultimate Vision 15/25/120\*  Ultimate Vision 15/25/150\*

Solo para Dental HMO: visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) para encontrar un proveedor dental o llame al **(800) 431-2809** si tiene alguna pregunta.

N.º de proveedor dental: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor dental: \_\_\_\_\_

\* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

**Parte 3(b): Información del hijo dependiente solicitante.** Los hijos dependientes deben ser menores de 26 años. Si más de ocho hijos dependientes solicitan la cobertura, adjunte una hoja adicional con toda la información detallada a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si adjunta una hoja adicional.

<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Vínculo: _____ (p. ej.: hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____
---	------------------------------------	---

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primer nombre e inicial del segundo	Inicial
Apellido	

La residencia del hijo dependiente solicitante ¿es la misma que la del solicitante principal?  Sí  No  
 Si la respuesta es "No", ¿dónde reside el solicitante? (dirección, incluidos el código postal y el estado) \_\_\_\_\_

¿Solicita este dependiente el mismo plan que el solicitante principal?  Sí  No Si la respuesta es "No", ¿cuál es el plan? (marque uno):

- Planes de Blue Shield of California:**
- Platinum 90 PPO  
  Gold 80 PPO  
  Silver 70 PPO  
  Silver Seven 3750 PPO  
  Silver 1850 PPO  
 Bronze 60 PPO  
  Bronze 5550 PPO  
  Minimum Coverage PPO  
  Bronze 60 HSA PPO

- Opciones de planes dentales y de la vista (seleccione solo un plan dental y/o un plan de la vista O Specialty Duo):
- Dental HMO  
  Enhanced Dental HMO \$0  
  Dental PPO  
  Enhanced Dental PPO 50/1250  
 Enhanced Dental PPO 25/500  
  Paquete Specialty Duo (dental + de la vista)\*  
  Ultimate Vision 15/25/120\*  
  Ultimate Vision 15/25/150\*

Solo para Dental HMO: visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) para encontrar un proveedor dental o llame al **(800) 431-2809** si tiene alguna pregunta. N.º de proveedor dental: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor dental: \_\_\_\_\_

**Parte 3(c): Información del hijo dependiente solicitante.** Los hijos dependientes deben ser menores de 26 años. Si más de ocho hijos dependientes solicitan la cobertura, adjunte una hoja adicional con toda la información detallada a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si adjunta una hoja adicional.

<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Vínculo: _____ (p. ej.: hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____
---	------------------------------------	---

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primer nombre e inicial del segundo	Inicial
Apellido	

La residencia del hijo dependiente solicitante ¿es la misma que la del solicitante principal?  Sí  No  
 Si la respuesta es "No", ¿dónde reside el solicitante? (dirección, incluidos el código postal y el estado) \_\_\_\_\_

¿Solicita este dependiente el mismo plan que el solicitante principal?  Sí  No Si la respuesta es "No", ¿cuál es el plan? (marque uno):

- Planes de Blue Shield of California:**
- Platinum 90 PPO  
  Gold 80 PPO  
  Silver 70 PPO  
  Silver Seven 3750 PPO  
  Silver 1850 PPO  
 Bronze 60 PPO  
  Bronze 5550 PPO  
  Minimum Coverage PPO  
  Bronze 60 HSA PPO

- Opciones de planes dentales y de la vista (seleccione solo un plan dental y/o un plan de la vista O Specialty Duo):
- Dental HMO  
  Enhanced Dental HMO \$0  
  Dental PPO  
  Enhanced Dental PPO 50/1250  
 Enhanced Dental PPO 25/500  
  Paquete Specialty Duo (dental + de la vista)\*  
  Ultimate Vision 15/25/120\*  
  Ultimate Vision 15/25/150\*

Solo para Dental HMO: visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) para encontrar un proveedor dental o llame al **(800) 431-2809** si tiene alguna pregunta. N.º de proveedor dental: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor dental: \_\_\_\_\_

\* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

**Parte 3(d): Información del hijo dependiente solicitante.** Los hijos dependientes deben ser menores de 26 años. Si más de ocho hijos dependientes solicitan la cobertura, adjunte una hoja adicional con toda la información detallada a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si adjunta una hoja adicional.

<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Vínculo: _____ (p. ej.: hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____
---	------------------------------------	---

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante \_\_\_\_\_

Primer nombre e inicial del segundo	Inicial
Apellido	

La residencia del hijo dependiente solicitante ¿es la misma que la del solicitante principal?  Sí  No  
 Si la respuesta es "No", ¿dónde reside el solicitante? (dirección, incluidos el código postal y el estado) \_\_\_\_\_

¿Solicita este dependiente el mismo plan que el solicitante principal?  Sí  No Si la respuesta es "No", ¿cuál es el plan? (marque uno):

**Planes de Blue Shield of California:**

- Platinum 90 PPO  
  Gold 80 PPO  
  Silver 70 PPO  
  Silver Seven 3750 PPO  
  Silver 1850 PPO  
 Bronze 60 PPO  
  Bronze 5550 PPO  
  Minimum Coverage PPO  
  Bronze 60 HSA PPO

Opciones de planes dentales y de la vista (seleccione solo un plan dental y/o un plan de la vista O Specialty Duo):

- Dental HMO  
  Enhanced Dental HMO \$0  
  Dental PPO  
  Enhanced Dental PPO 50/1250  
 Enhanced Dental PPO 25/500  
  Paquete Specialty Duo (dental + de la vista)\*  
  Ultimate Vision 15/25/120\*  
  Ultimate Vision 15/25/150\*

Solo para Dental HMO: visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) para encontrar un proveedor dental o llame al **(800) 431-2809** si tiene alguna pregunta. N.º de proveedor dental: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor dental: \_\_\_\_\_

**Parte 3(e): Información del hijo dependiente solicitante.** Los hijos dependientes deben ser menores de 26 años. Si más de ocho hijos dependientes solicitan la cobertura, adjunte una hoja adicional con toda la información detallada a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si adjunta una hoja adicional.

<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Vínculo: _____ (p. ej.: hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____
---	------------------------------------	---

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante \_\_\_\_\_

Primer nombre e inicial del segundo	Inicial
Apellido	

La residencia del hijo dependiente solicitante ¿es la misma que la del solicitante principal?  Sí  No  
 Si la respuesta es "No", ¿dónde reside el solicitante? (dirección, incluidos el código postal y el estado) \_\_\_\_\_

¿Solicita este dependiente el mismo plan que el solicitante principal?  Sí  No Si la respuesta es "No", ¿cuál es el plan? (marque uno):

**Planes de Blue Shield of California:**

- Platinum 90 PPO  
  Gold 80 PPO  
  Silver 70 PPO  
  Silver Seven 3750 PPO  
  Silver 1850 PPO  
 Bronze 60 PPO  
  Bronze 5550 PPO  
  Minimum Coverage PPO  
  Bronze 60 HSA PPO

Opciones de planes dentales y de la vista (seleccione solo un plan dental y/o un plan de la vista O Specialty Duo):

- Dental HMO  
  Enhanced Dental HMO \$0  
  Dental PPO  
  Enhanced Dental PPO 50/1250  
 Enhanced Dental PPO 25/500  
  Paquete Specialty Duo (dental + de la vista)\*  
  Ultimate Vision 15/25/120\*  
  Ultimate Vision 15/25/150\*

Solo para Dental HMO: visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) para encontrar un proveedor dental o llame al **(800) 431-2809** si tiene alguna pregunta. N.º de proveedor dental: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor dental: \_\_\_\_\_

\* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

**Parte 3(f): Información del hijo dependiente solicitante.** Los hijos dependientes deben ser menores de 26 años. Si más de ocho hijos dependientes solicitan la cobertura, adjunte una hoja adicional con toda la información detallada a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si adjunta una hoja adicional.

<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Vínculo: _____ (p. ej.: hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____
---	------------------------------------	---

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primer nombre e inicial del segundo	Inicial
Apellido	

La residencia del hijo dependiente solicitante ¿es la misma que la del solicitante principal?  Sí  No  
 Si la respuesta es "No", ¿dónde reside el solicitante? (dirección, incluidos el código postal y el estado) \_\_\_\_\_

¿Solicita este dependiente el mismo plan que el solicitante principal?  Sí  No Si la respuesta es "No", ¿cuál es el plan? (marque uno):

**Planes de Blue Shield of California:**

- Platinum 90 PPO  
  Gold 80 PPO  
  Silver 70 PPO  
  Silver Seven 3750 PPO  
  Silver 1850 PPO  
 Bronze 60 PPO  
  Bronze 5550 PPO  
  Minimum Coverage PPO  
  Bronze 60 HSA PPO

Opciones de planes dentales y de la vista (seleccione solo un plan dental y/o un plan de la vista O Specialty Duo):

- Dental HMO  
  Enhanced Dental HMO \$0  
  Dental PPO  
  Enhanced Dental PPO 50/1250  
 Enhanced Dental PPO 25/500  
  Paquete Specialty Duo (dental + de la vista)\*  
  Ultimate Vision 15/25/120\*  
  Ultimate Vision 15/25/150\*

Solo para Dental HMO: visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) para encontrar un proveedor dental o llame al **(800) 431-2809** si tiene alguna pregunta. N.º de proveedor dental: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor dental: \_\_\_\_\_

**Parte 3(g): Información del hijo dependiente solicitante.** Los hijos dependientes deben ser menores de 26 años. Si más de ocho hijos dependientes solicitan la cobertura, adjunte una hoja adicional con toda la información detallada a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si adjunta una hoja adicional.

<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Vínculo: _____ (p. ej.: hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____
---	------------------------------------	---

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primer nombre e inicial del segundo	Inicial
Apellido	

La residencia del hijo dependiente solicitante ¿es la misma que la del solicitante principal?  Sí  No  
 Si la respuesta es "No", ¿dónde reside el solicitante? (dirección, incluidos el código postal y el estado) \_\_\_\_\_

¿Solicita este dependiente el mismo plan que el solicitante principal?  Sí  No Si la respuesta es "No", ¿cuál es el plan? (marque uno):

**Planes de Blue Shield of California:**

- Platinum 90 PPO  
  Gold 80 PPO  
  Silver 70 PPO  
  Silver Seven 3750 PPO  
  Silver 1850 PPO  
 Bronze 60 PPO  
  Bronze 5550 PPO  
  Minimum Coverage PPO  
  Bronze 60 HSA PPO

Opciones de planes dentales y de la vista (seleccione solo un plan dental y/o un plan de la vista O Specialty Duo):

- Dental HMO  
  Enhanced Dental HMO \$0  
  Dental PPO  
  Enhanced Dental PPO 50/1250  
 Enhanced Dental PPO 25/500  
  Paquete Specialty Duo (dental + de la vista)\*  
  Ultimate Vision 15/25/120\*  
  Ultimate Vision 15/25/150\*

Solo para Dental HMO: visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) para encontrar un proveedor dental o llame al **(800) 431-2809** si tiene alguna pregunta. N.º de proveedor dental: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor dental: \_\_\_\_\_

\* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

**Parte 3(h): Información del hijo dependiente solicitante.** Los hijos dependientes deben ser menores de 26 años. Si más de ocho hijos dependientes solicitan la cobertura, adjunte una hoja adicional con toda la información detallada a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si adjunta una hoja adicional.

<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Vínculo: _____ (p. ej.: hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____
---	------------------------------------	---

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primer nombre e inicial del segundo \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

La residencia del hijo dependiente solicitante ¿es la misma que la del solicitante principal?  Sí  No  
 Si la respuesta es "No", ¿dónde reside el solicitante? (dirección, incluidos el código postal y el estado) \_\_\_\_\_

¿Solicita este dependiente el mismo plan que el solicitante principal?  Sí  No Si la respuesta es "No", ¿cuál es el plan? (marque uno):

**Planes de Blue Shield of California:**  
 Platinum 90 PPO  Gold 80 PPO  Silver 70 PPO  Silver Seven 3750 PPO  Silver 1850 PPO  
 Bronze 60 PPO  Bronze 5550 PPO  Minimum Coverage PPO  Bronze 60 HSA PPO

Opciones de planes dentales y de la vista (seleccione solo un plan dental y/o un plan de la vista O Specialty Duo):  
 Dental HMO  Enhanced Dental HMO \$0  Dental PPO  Enhanced Dental PPO 50/1250  
 Enhanced Dental PPO 25/500  Paquete Specialty Duo (dental + de la vista)\*  Ultimate Vision 15/25/120\*  Ultimate Vision 15/25/150\*

Solo para Dental HMO: visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) para encontrar un proveedor dental o llame al **(800) 431-2809** si tiene alguna pregunta. N.º de proveedor dental: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor dental: \_\_\_\_\_

**Parte 3(i): Información del hijo dependiente solicitante.** Los hijos dependientes deben ser menores de 26 años. Si más de ocho hijos dependientes solicitan la cobertura, adjunte una hoja adicional con toda la información detallada a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si adjunta una hoja adicional.

<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Vínculo: _____ (p. ej.: hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____
---	------------------------------------	---

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primer nombre e inicial del segundo \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

La residencia del hijo dependiente solicitante ¿es la misma que la del solicitante principal?  Sí  No  
 Si la respuesta es "No", ¿dónde reside el solicitante? (dirección, incluidos el código postal y el estado) \_\_\_\_\_

¿Solicita este dependiente el mismo plan que el solicitante principal?  Sí  No Si la respuesta es "No", ¿cuál es el plan? (marque uno):

**Planes de Blue Shield of California:**  
 Platinum 90 PPO  Gold 80 PPO  Silver 70 PPO  Silver Seven 3750 PPO  Silver 1850 PPO  
 Bronze 60 PPO  Bronze 5550 PPO  Minimum Coverage PPO  Bronze 60 HSA PPO

Opciones de planes dentales y de la vista (seleccione solo un plan dental y/o un plan de la vista O Specialty Duo):  
 Dental HMO  Enhanced Dental HMO \$0  Dental PPO  Enhanced Dental PPO 50/1250  
 Enhanced Dental PPO 25/500  Paquete Specialty Duo (dental + de la vista)\*  Ultimate Vision 15/25/120\*  Ultimate Vision 15/25/150\*

Solo para Dental HMO: visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) para encontrar un proveedor dental o llame al **(800) 431-2809** si tiene alguna pregunta. N.º de proveedor dental: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor dental: \_\_\_\_\_

\* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

#### Parte 4: Autorización para revelar información

Al firmar este formulario, usted concede su autorización para que un proveedor de atención de la salud, una aseguradora, una organización de apoyo en materia de seguros, un plan de salud o su agente de seguros divulgue información de la atención de su salud y/o la de sus dependientes a Blue Shield of California o a Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (en conjunto, Blue Shield) con el fin de procesar reclamaciones y de administrar los beneficios conforme al acuerdo de los servicios de salud/póliza.

Asimismo, al firmar al pie, usted concede su autorización a Blue Shield para que revele dicha información de atención de la salud a un proveedor de atención de la salud, una aseguradora, una autoaseguradora, una organización de apoyo en materia de seguros, un plan de salud o su agente de seguros con el fin de investigar o evaluar cualquier reclamación de beneficios. La información de la atención de la salud utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación y es posible que ya no se encuentre protegida por las leyes federales de privacidad de la información de la salud.

Usted tiene derecho a negarse a firmar esta autorización.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización luego de firmarla.

**Vencimiento:** Esta autorización será válida: 1) durante treinta (30) meses a partir de la fecha de esta autorización a los fines de procesar su solicitud, procesar una solicitud de rehabilitación o procesar una solicitud de cambio de beneficios; 2) durante el tiempo necesario para procesar las reclamaciones que tengan lugar durante el período de la cobertura; y 3) durante el período de cobertura de todas las demás actividades conforme al acuerdo de los servicios de salud/póliza.

**Derecho a revocar:** Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito de mi revocación a Blue Shield. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna medida que Blue Shield haya tomado en función de esta autorización antes de recibir mi aviso de revocación por escrito.

Solicitante/padre/madre o tutor legal

Fecha de hoy

Cónyuge/pareja conviviente del solicitante

Fecha de hoy

Solicitante de 18 años en adelante

Fecha de hoy

Solicitante de 18 años en adelante

Fecha de hoy

Solicitante de 18 años en adelante

Fecha de hoy

Solicitante de 18 años en adelante

Fecha de hoy

**Continúe con la Parte 5: debe incluir su firma y la fecha de hoy en esa sección.**

## Parte 5(a): Verificación de la exactitud por parte del solicitante

Lea la siguiente información con detenimiento. Todos los familiares solicitantes de 18 años en adelante deben revisar la solicitud completa y firmarla. Conserve una copia de esta solicitud.

**Soy el único responsable de que la información proporcionada en esta solicitud sea precisa y esté completa. He revisado personalmente toda la información proporcionada en esta solicitud, aunque no haya sido yo quien la completó. A mi leal saber y entender, toda la información provista en esta solicitud es exacta, verdadera y está completa. Si Blue Shield determina que existe fraude (mediante un hecho, práctica u omisión) o una falsedad intencional de un hecho fundamental en relación con la información de esta solicitud, entiendo que es posible que se rescinda la cobertura de acuerdo con lo permitido por la ley.**

**Para los solicitantes cuya preferencia de idioma no sea el inglés: Si en la Parte 1 indiqué que mi preferencia de idioma no es el inglés y completé la versión en inglés de la presente solicitud (u otra versión que no sea la correspondiente a mi preferencia de idioma), ratifico que entiendo las preguntas formuladas en esta solicitud.**

---

Firma del solicitante/padre/madre o tutor legal

Fecha de hoy

Nombre en letra de imprenta (y vínculo si el solicitante es menor de edad)

---

Firma del cónyuge/pareja conviviente del solicitante  
(si solicita cobertura)

Fecha de hoy

Nombre en letra de imprenta

---

Firma del familiar de 18 años en adelante (si solicita cobertura)

Fecha de hoy

Nombre en letra de imprenta

---

Firma del familiar de 18 años en adelante (si solicita cobertura)

Fecha de hoy

Nombre en letra de imprenta

---

Firma del familiar de 18 años en adelante (si solicita cobertura)

Fecha de hoy

Nombre en letra de imprenta

---

Firma del familiar de 18 años en adelante (si solicita cobertura)

Fecha de hoy

Nombre en letra de imprenta



## Parte 5(b): Autorizaciones, términos y condiciones

Lea los siguientes términos y condiciones con detenimiento. Todos los solicitantes de 18 años de edad en adelante deben revisar la solicitud completa y proporcionar su propia firma y autorización. Conserve una copia de esta solicitud.

- Solicitud de cobertura:** Es importante que sepa que Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (según corresponda) pueden rechazar su solicitud de cobertura si usted actualmente no reúne los requisitos. Blue Shield debe aprobar su solicitud y se debe asignar una fecha de entrada en vigor de la cobertura antes de que esta pueda entrar en vigencia.
- Cuota/prima del primer mes:** Blue Shield requiere el pago de la cuota/prima del primer mes al presentar la solicitud. Visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) o comuníquese con su agente para consultar sus cuotas/primas mensuales aproximadas. Para obtener información sobre las opciones de pago, consulte la Parte 7. No enviar el pago completo de las cuotas/primas tendrá como resultado la devolución de su solicitud. Tenga en cuenta que el procesamiento de un pago no constituye la aprobación de su solicitud con Blue Shield o Blue Shield Life. Si actualmente no reúne los requisitos para acceder a una cobertura, las cuotas/primas que envíe con su solicitud no serán procesadas. Si adjunta un cheque, este se destruirá. Si completa el formulario de autorización de pago, su tarjeta de crédito/débito o cuenta corriente no se debitarán.
- Cuotas/primas:** Las cuotas/primas se deben pagar en su totalidad antes de la fecha de vencimiento. La cobertura será cancelada por no pagar las cuotas/primas de manera oportuna, conforme se establece en el acuerdo de los servicios de salud/póliza y según lo permitido por la ley.
- Fecha de entrada en vigor de la cobertura:** Si usted reúne los requisitos para acceder a la cobertura, Blue Shield le notificará la fecha de entrada en vigor de su cobertura. Si Blue Shield no puede cumplir con la fecha de entrada en vigor que solicitó o no puede emitir la cobertura antes de la fecha que solicitó, la cobertura comenzará lo antes posible. Si se adeudan cuotas/primas adicionales, el pago se debe recibir antes de que la cobertura entre en vigor. Los cargos generados por servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigor o después de que se haya cancelado la cobertura no están cubiertos. Es posible que las fechas de entrada en vigor de un Período de inscripción especial sean diferentes de las de un Período de inscripción abierta. Blue Shield asigna estas fechas de entrada en vigor, que pueden comenzar tan pronto como el primer día del mes siguiente a la recepción del Período de inscripción especial conforme a las disposiciones o tan pronto como la fecha de nacimiento en el caso de un recién nacido. Para obtener información sobre las fechas de entrada en vigor de un Período de inscripción especial, comuníquese con Blue Shield.
- Aceptación de la solicitud:** Usted entiende que únicamente Blue Shield puede aceptar su solicitud y emitir la cobertura para un plan IFP que solicitó en este formulario. Su agente o corredor no pueden inscribirlo en una cobertura ni modificar ninguno de los términos o condiciones de la cobertura.
- Padres/tutores:** Si es el padre/la madre o el tutor legal de un solicitante menor de edad, firme en nombre del solicitante al pie de esta Parte 5. El padre/la madre o el tutor legal son aquellas personas que pueden realizar consultas y actuar en nombre del solicitante en relación con esta cobertura (según lo permitido por la ley). Además, usted acepta asumir toda la responsabilidad de los pagos de las cuotas/primas y de respetar los términos y condiciones de la cobertura. Si usted no es el padre/la madre del solicitante, adjunte los documentos judiciales que lo nombran tutor legal del menor. Marque una de las siguientes casillas e identifique a la persona autorizada para actuar en nombre del menor (solicitante):
  - Solo el padre/la madre o el tutor legal: \_\_\_\_\_ (incluya nombre y vínculo) o
  - Mi representante \_\_\_\_\_ (incluya nombre y vínculo) o
  - Representante de la orden de apoyo médico calificado infantil \_\_\_\_\_ (incluya nombre y vínculo).
  - Marque esta casilla si Blue Shield únicamente puede realizar cambios en el contrato con una solicitud por escrito de la persona identificada anteriormente.
- Autorización para que el cónyuge/pareja conviviente realice cambios:** Si usted es un solicitante cuyo cónyuge/pareja conviviente también solicita la cobertura, especifique si autoriza a su cónyuge/pareja conviviente a realizar cambios en el contrato/póliza en su nombre.  **Sí**  **No**  
Usted puede suspender esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Blue Shield.
- Autorización para que su agente proporcione/obtenga información:** Marque esta casilla si **no** autoriza a su agente, corredor o productor de seguros (denominado "su agente") a acceder a toda la información incluida en esta solicitud.
- Proceso para autorizar a Blue Shield a revelar información personal y sobre la salud a un tercero:** Si desea autorizar a su cónyuge, pareja conviviente o a un tercero a tener acceso a la información personal sobre su salud, complete el formulario denominado Authorization for Blue Shield to Disclose Personal & Health Information to a Third Party (Autorización para que Blue Shield revele información personal y sobre la salud a un tercero). Para obtener este formulario, visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) y haga clic en el enlace *Privacy* (Privacidad) en la parte inferior de la página o llame al **(800) 431-2809**.
- Respuesta a la información solicitada:** Usted acepta cooperar con Blue Shield (o Blue Shield Life, según corresponda) proporcionando documentos y otra información solicitada (como órdenes judiciales para brindar cobertura de dependientes, etc.) o el acceso a ellos a fin de corroborar la información proporcionada en esta solicitud de cobertura. Usted reconoce y acepta que el incumplimiento o la negativa a proporcionar estos documentos o la información solicitada pueden ser motivo de anulación o cancelación de su cobertura.
- Autorización para recibir materiales y avisos de manera electrónica:** Marque esta casilla si acepta recibir materiales y avisos indispensables relacionados con la cobertura y el plan de beneficios por correo electrónico (es decir, información sobre la inscripción, la evidencia de cobertura y el acuerdo de servicios de salud/póliza, la explicación de beneficios [EOB, por sus siglas en inglés], el aviso de privacidad anual, etc.) en lugar de recibir copias impresas por correo postal, a menos que lo exija la ley.

**He revisado todas las respuestas que se relacionan conmigo en esta solicitud. He leído el resumen de beneficios, el Resumen de beneficios y cobertura (SBC), los términos y condiciones de la cobertura, y las autorizaciones establecidas anteriormente. Con mi propia firma a continuación, declaro que la información suministrada en esta solicitud es precisa y está completa a mi leal saber y entender, y entiendo y acepto los términos y condiciones de la cobertura y las autorizaciones que he proporcionado. (Importante: Todos los solicitantes adultos deben firmar a continuación).** Entiendo que debo informar a Blue Shield sobre cualquier cambio o información diferente de la que indiqué en esta solicitud antes de que entre en vigencia mi inscripción con Blue Shield.

Firma del solicitante/padre/madre o tutor legal	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta (y su vínculo si el solicitante es menor de edad)
Firma del cónyuge/pareja conviviente del solicitante (si solicita cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si solicita cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si solicita cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si solicita cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si solicita cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta

**Importante: Envíe la solicitud dentro de los 30 días siguientes de haberla firmado y colocado la(s) fecha(s). Debemos recibir su solicitud durante el período de inscripción abierta o dentro de los 60 días siguientes a la circunstancia desencadenante de una Inscripción especial.**

## Parte 6: Información del productor; debe ser completada por un agente autorizado de Blue Shield

1. ¿Completó usted esta solicitud?  Sí  No

2. Si la respuesta es "Sí", ¿hizo las preguntas de esta solicitud exactamente como están establecidas?  Sí  No

3. ¿Registró las respuestas exactamente con la información provista?  Sí  No; incluya una explicación.

4. ¿Desea que el acuerdo de los servicios de salud/póliza se le envíe directamente al suscriptor?  Sí  No

Nombre del productor

Dirección electrónica

Actualizar dirección electrónica

Número de productor

N.º de teléfono ( )

Actualizar n.º de teléfono

N.º de fax ( )

Actualizar n.º de fax

Dirección del productor

Actualizar la dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del superproductor

Número de superproductor

Firma del productor (obligatorio)

Fecha de hoy (obligatorio)

Nombre en letra de imprenta

**Productores:** Asegúrese de que todas las partes de la solicitud estén completas. En caso de que falte información o de que esté incompleta, es posible que Blue Shield se comunique directamente con su solicitante para obtener la información completa.

## Parte 7: Información sobre la facturación y el pago

### Calcule las cuotas/primas mensuales aproximadas

- Visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) o consulte a su agente para obtener las cuotas/primas aproximadas.
- La cuota/prima inicial o del primer mes se debe pagar al presentar la solicitud.
- Blue Shield emitirá una cuota/prima final antes de cualquier fecha de entrada en vigor de la cobertura. Si el monto final difiere de la cuota/prima aproximada y se adeudan montos adicionales, el pago deberá recibirse antes de que la cobertura entre en vigor.

### Opciones de pago automático mediante Easy\$Pay<sup>SM</sup> y tarjeta de crédito

Las cuotas/primas iniciales/continuas posteriores pueden pagarse por medio de las siguientes opciones:

- Pagos mediante Easy\$Pay: los pagos mensuales automáticos se gestionan mediante una transferencia electrónica por medio de su cuenta corriente o de ahorros.
- Tarjeta de pago: los pagos mensuales automáticos se gestionan mediante un cargo o débito aplicado a su tarjeta de crédito o tarjeta de débito.

## Parte 7 (continuación): Formulario de autorización de pago

**Opciones de pago: (Se requiere el pago de las cuotas/primas con su solicitud).**

**Seleccione una de las siguientes opciones para el pago inicial:**

- Easy\$Pay (pago automático) por medio de una cuenta corriente o de ahorros (complete la sección A a continuación)  
 Tarjeta de pago (tarjeta de débito o crédito) (complete la sección B a continuación)  
 Con cheque\* (solo si la solicitud se envía por correo)

**Seleccione una de las siguientes opciones para los pagos continuos:**

- Easy\$Pay por medio de una cuenta corriente o de ahorros (complete la sección A a continuación)  
 Tarjeta de pago (tarjeta de débito o crédito) (complete la sección B a continuación)  
 Facturación mensual

\* Cuando presenta un cheque como forma de pago, autoriza a Blue Shield a utilizar la información de su cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos por única vez de su cuenta o a procesar el pago como una transacción de cheque. Cuando utilizamos dicha información de su cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos, estos serán debitados de su cuenta tan pronto como aprobemos su solicitud y no recibirá el cheque de vuelta a través de su institución financiera.

### Información del solicitante

Nombre del solicitante

Dirección postal

N.º de apto.

Ciudad

Estado

Código postal

N.º de teléfono del solicitante durante el día ( )

### Método de pago

**A. Débito de Easy\$Pay:**  Cuenta corriente  Cuenta de ahorros

Fecha de pago:  1.º día del mes  15.º día del mes (Nota: Si no elige una fecha de pago, la fecha predeterminada será el primer día del mes. Si solicita un plan dental HMO o solo realiza su pago inicial con Easy\$Pay, debe elegir el primer día del mes).

Frecuencia de pago: mensual

Número de ruta/transferencia bancaria

Número de cuenta bancaria

Titular(es) de la cuenta bancaria

Nombre de la institución financiera

Dirección de la sucursal

Ciudad

Estado

Código postal

N.º de teléfono de la sucursal ( )

**B. Tarjeta de pago (solo Visa o MasterCard)**

Fecha de pago: 1.º día del mes

Nombre del titular de la tarjeta

Dirección de facturación del titular de la tarjeta

N.º de apto.

Ciudad

Estado

Código postal

Número de tarjeta de crédito

Tipo de tarjeta:  Visa  MasterCard

Fecha de vencimiento (mes/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_

## Autorización y firma(s)

Se aplicarán una o más de las siguientes disposiciones, según si anteriormente seleccioné pagos continuos y el método de pago que seleccioné para el pago inicial y/o los pagos continuos:

### Pago inicial:

#### Solo la cuota/prima inicial con tarjeta de pago (tarjeta de crédito o tarjeta de débito):

Autorizo a mi plan, Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield") a cargar o debitar la cuota/prima inicial o del primer mes en mi tarjeta de crédito o de mi tarjeta de débito ("tarjeta de pago") indicada anteriormente; esta autorización solo es válida para cargar o debitar la cuota/prima inicial o del primer mes adeudada a Blue Shield. Entiendo que mi tarjeta de pago tendrá un cargo o débito por la cuota/prima inicial o del primer mes si se aprueba mi solicitud. Asimismo, entiendo que es posible que se aplique una tarifa distinta para la cobertura aprobada. Si me aceptan con una tarifa distinta, Blue Shield me comunicará las cuotas/primas mensuales correctas antes de la fecha de entrada en vigor original de la cobertura; dicho monto se pagará conforme a esta autorización.

#### Solo la cuota/prima inicial con débito de una cuenta corriente/de ahorros:

Autorizo a mi plan, Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield") a debitar la cuota/prima inicial o del primer mes de mi cuenta bancaria indicada anteriormente; esta autorización solo es válida para debitar la cuota/prima inicial o del primer mes adeudada a Blue Shield. Entiendo que se debitará de mi cuenta bancaria la cuota/prima inicial o del primer mes si se aprueba mi solicitud. Asimismo, entiendo que es posible que se aplique una tarifa distinta para la cobertura aprobada. Si me aceptan con una tarifa distinta, Blue Shield me comunicará las cuotas/primas mensuales correctas antes de la fecha de entrada en vigor original de la cobertura; dicho monto se pagará conforme a esta autorización.

### Pagos continuos:

#### Pago automático con tarjeta de pago (tarjeta de crédito o tarjeta de débito):

Autorizo a mi plan, Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield") a iniciar cargos o débitos (y/o a aplicar créditos o débitos para corregir errores en cargos o débitos previos) de manera automática en la tarjeta de crédito o de la tarjeta de débito ("tarjeta de pago") indicada anteriormente en cada fecha de pago (o dentro de dos a tres días antes o después de la fecha de pago) y con la frecuencia establecida anteriormente para el pago de las cuotas/primas mensuales adeudadas por mí y por cualquier familiar cubierto por Blue Shield. Mantendré suficiente crédito disponible en mi tarjeta de crédito o fondos en mi cuenta utilizada con mi tarjeta de débito para el monto total de cada pago. Si la operación de pago automático con tarjeta no pudiera concretarse alguna vez (p. ej., porque se superó el límite, no hay fondos disponibles, la tarjeta venció o la cuenta se cerró), Blue Shield me enviará una factura por correo a mi dirección registrada y yo seré responsable de pagar mediante un cheque o giro postal, además de pagar un cargo por devolución. Asimismo, es posible que Blue Shield vuelva a aplicar el cargo o débito hasta la cantidad de veces permitida por la ley y las normas del sistema de pago. Además, podemos cancelar esta autorización si un cargo o débito se devuelve sin haberse pagado. Acepto que si el banco emisor de mi tarjeta participa en un programa de actualización de tarjetas, a menos que yo decida no aceptar este servicio, es posible que mi banco le suministre a Blue Shield números de tarjeta y fechas de vencimiento actualizados, y que Blue Shield actualice sus registros con dicha información y continúe aplicando cargos en mi tarjeta.

#### Pago automático con débito de una cuenta corriente/de ahorros:

Autorizo a mi plan, Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield") a iniciar débitos (y/o a realizar correcciones de débitos previos según sea necesario) de manera automática de la cuenta bancaria indicada anteriormente en cada fecha de pago (o dentro de dos a tres días antes o después de la fecha de pago) y con la frecuencia establecida anteriormente para el pago de las cuotas/primas mensuales adeudadas por mí y por cualquier familiar cubierto por Blue Shield. Asimismo, autorizo a mi institución financiera a deducir del saldo de mi cuenta el monto correspondiente a dichos débitos (y/o a realizar correcciones de débitos previos). Mantendré suficientes fondos en mi cuenta para el monto total de cada pago. Si la operación de débito automático no pudiera concretarse alguna vez (p. ej., porque no hay fondos disponibles o la cuenta se cerró), Blue Shield me enviará una factura por correo a mi dirección registrada y yo seré responsable de pagar mediante un cheque o giro postal, además de pagar un cargo por devolución. Asimismo, es posible que Blue Shield vuelva a aplicar el débito hasta la cantidad de veces permitida por la ley y las normas del sistema de pago. Además, Blue Shield puede cancelar esta autorización si un débito se devuelve sin haberse pagado.

### Aviso de cambio/cancelación obligatorio:

El monto de las cuotas/primas adeudadas se seguirá debitando/cargando hasta que yo cancele esta autorización de pago automático al menos 10 días del calendario antes de que se realice un débito/cargo. Para cancelar esta autorización de pago automático o modificar la cuenta en la que se realizan los débitos/cargos, debo comunicarme con el Servicio al Cliente al **(800) 431-2809**. Blue Shield puede cancelar esta autorización en cualquier momento tras notificármelo.

Al firmar a continuación, acepto los términos y condiciones de este formulario de autorización y declaro que he recibido una copia de este formulario. Entiendo que todas las operaciones de pago deben cumplir con las disposiciones de las leyes de los Estados Unidos. Pagaré con un cheque o giro postal hasta que mi servicio de pago automático se active.

Es posible que los pagos sean procesados por un proveedor externo en nombre de Blue Shield.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la tarjeta/titular de la cuenta

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la tarjeta/titular de la cuenta

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Opciones de pago: (Se requiere el pago de las cuotas/primas con su solicitud).**

**Seleccione una de las siguientes opciones para el pago inicial:**

- Easy\$Pay (pago automático) por medio de una cuenta corriente o de ahorros (complete la sección A a continuación)
- Tarjeta de pago (tarjeta de débito o crédito) (complete la sección B a continuación)
- Con cheque\* (solo si la solicitud se envía por correo)

**Seleccione una de las siguientes opciones para los pagos continuos:**

- Easy\$Pay por medio de una cuenta corriente o de ahorros (complete la sección A a continuación)
- Tarjeta de pago (tarjeta de débito o crédito) (complete la sección B a continuación)
- Facturación mensual

\* Cuando presenta un cheque como forma de pago, autoriza a Blue Shield a utilizar la información de su cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos por única vez de su cuenta o a procesar el pago como una transacción de cheque. Cuando utilizamos dicha información de su cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos, estos serán debitados de su cuenta tan pronto como aprobemos su solicitud y no recibirá el cheque de vuelta a través de su institución financiera.

**Información del solicitante**

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ N.º de apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del solicitante durante el día (       ) \_\_\_\_\_

**Método de pago**

**A. Débito de Easy\$Pay:**  Cuenta corriente  Cuenta de ahorros

Fecha de pago:  1.º día del mes  15.º día del mes (Nota: Si no elige una fecha de pago, la fecha predeterminada será el primer día del mes. Si solicita un plan dental HMO o solo realiza su pago inicial con Easy\$Pay, debe elegir el primer día del mes).

Frecuencia de pago: mensual \_\_\_\_\_

Número de ruta/transferencia bancaria \_\_\_\_\_

Número de cuenta bancaria \_\_\_\_\_

Titular(es) de la cuenta bancaria \_\_\_\_\_

Nombre de la institución financiera \_\_\_\_\_

Dirección de la sucursal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N.º de teléfono de la sucursal (       ) \_\_\_\_\_

**B. Tarjeta de pago (solo Visa o MasterCard)**

Fecha de pago: 1.º día del mes \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_

Dirección de facturación del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_ N.º de apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de tarjeta de crédito \_\_\_\_\_

Tipo de tarjeta:  Visa  MasterCard \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento (mes/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_

Se aplicarán una o más de las siguientes disposiciones, según si anteriormente seleccioné pagos continuos y el método de pago que seleccioné para el pago inicial y/o los pagos continuos:

**Pago inicial:**

**Solo la cuota/prima inicial con tarjeta de pago (tarjeta de crédito o tarjeta de débito):**

Autorizo a mi plan, Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield") a cargar o debitar la cuota/prima inicial o del primer mes en mi tarjeta de crédito o de mi tarjeta de débito ("tarjeta de pago") indicada anteriormente; esta autorización solo es válida para cargar o debitar la cuota/prima inicial o del primer mes adeudada a Blue Shield. Entiendo que mi tarjeta de pago tendrá un cargo o débito por la cuota/prima inicial o del primer mes si se aprueba mi solicitud. Asimismo, entiendo que es posible que se aplique una tarifa distinta para la cobertura aprobada. Si me aceptan con una tarifa distinta, Blue Shield me comunicará las cuotas/primas mensuales correctas antes de la fecha de entrada en vigor original de la cobertura; dicho monto se pagará conforme a esta autorización.

**Solo la cuota/prima inicial con débito de una cuenta corriente/de ahorros:**

Autorizo a mi plan, Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield") a debitar la cuota/prima inicial o del primer mes de mi cuenta bancaria indicada anteriormente; esta autorización solo es válida para debitar la cuota/prima inicial o del primer mes adeudada a Blue Shield. Entiendo que se debitará de mi cuenta bancaria la cuota/prima inicial o del primer mes si se aprueba mi solicitud. Asimismo, entiendo que es posible que se aplique una tarifa distinta para la cobertura aprobada. Si me aceptan con una tarifa distinta, Blue Shield me comunicará las cuotas/primas mensuales correctas antes de la fecha de entrada en vigor original de la cobertura; dicho monto se pagará conforme a esta autorización.

**Pagos continuos:**

**Pago automático con tarjeta de pago (tarjeta de crédito o tarjeta de débito):**

Autorizo a mi plan, Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield") a iniciar cargos o débitos (y/o a aplicar créditos o débitos para corregir errores en cargos o débitos previos) de manera automática en la tarjeta de crédito o de la tarjeta de débito ("tarjeta de pago") indicada anteriormente en cada fecha de pago (o dentro de dos a tres días antes o después de la fecha de pago) y con la frecuencia establecida anteriormente para el pago de las cuotas/primas mensuales adeudadas por mí y por cualquier familiar cubierto por Blue Shield. Mantendré suficiente crédito disponible en mi tarjeta de crédito o fondos en mi cuenta utilizada con mi tarjeta de débito para el monto total de cada pago. Si la operación de pago automático con tarjeta no pudiera concretarse alguna vez (p. ej., porque se superó el límite, no hay fondos disponibles, la tarjeta venció o la cuenta se cerró), Blue Shield me enviará una factura por correo a mi dirección registrada y yo seré responsable de pagar mediante un cheque o giro postal, además de pagar un cargo por devolución. Asimismo, es posible que Blue Shield vuelva a aplicar el cargo o débito hasta la cantidad de veces permitida por la ley y las normas del sistema de pago. Además, podemos cancelar esta autorización si un cargo o débito se devuelve sin haberse pagado. Acepto que si el banco emisor de mi tarjeta participa en un programa de actualización de tarjetas, a menos que yo decida no aceptar este servicio, es posible que mi banco le suministre a Blue Shield números de tarjeta y fechas de vencimiento actualizados, y que Blue Shield actualice sus registros con dicha información y continúe aplicando cargos en mi tarjeta.

**Pago automático con débito de una cuenta corriente/de ahorros:**

Autorizo a mi plan, Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield") a iniciar débitos (y/o a realizar correcciones de débitos previos según sea necesario) de manera automática de la cuenta bancaria indicada anteriormente en cada fecha de pago (o dentro de dos a tres días antes o después de la fecha de pago) y con la frecuencia establecida anteriormente para el pago de las cuotas/primas mensuales adeudadas por mí y por cualquier familiar cubierto por Blue Shield. Asimismo, autorizo a mi institución financiera a deducir del saldo de mi cuenta el monto correspondiente a dichos débitos (y/o a realizar correcciones de débitos previos). Mantendré suficientes fondos en mi cuenta para el monto total de cada pago. Si la operación de débito automático no pudiera concretarse alguna vez (p. ej., porque no hay fondos disponibles o la cuenta se cerró), Blue Shield me enviará una factura por correo a mi dirección registrada y yo seré responsable de pagar mediante un cheque o giro postal, además de pagar un cargo por devolución. Asimismo, es posible que Blue Shield vuelva a aplicar el débito hasta la cantidad de veces permitida por la ley y las normas del sistema de pago. Además, Blue Shield puede cancelar esta autorización si un débito se devuelve sin haberse pagado.

**Aviso de cambio/cancelación obligatorio:**

El monto de las cuotas/primas adeudadas se seguirá debitando/cargando hasta que yo cancele esta autorización de pago automático al menos 10 días del calendario antes de que se realice un débito/cargo. Para cancelar esta autorización de pago automático o modificar la cuenta en la que se realizan los débitos/cargos, debo comunicarme con el Servicio al Cliente al **(800) 431-2809**. Blue Shield puede cancelar esta autorización en cualquier momento tras notificármelo.

Al firmar a continuación, acepto los términos y condiciones de este formulario de autorización y declaro que he recibido una copia de este formulario. Entiendo que todas las operaciones de pago deben cumplir con las disposiciones de las leyes de los Estados Unidos. Pagaré con un cheque o giro postal hasta que mi servicio de pago automático se active.

Es posible que los pagos sean procesados por un proveedor externo en nombre de Blue Shield.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la tarjeta/titular de la cuenta

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la tarjeta/titular de la cuenta

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha