



Formulario de Transferencia a un Plan Suplementario de Medicare de Blue Shield of California

Los miembros actuales de un plan suplementario de Medicare de Blue Shield of California pueden usar este formulario de aplicación para hacer lo siguiente:

1. Transferirse a un plan suplementario de Medicare de igual o menor valor durante un Período de Inscripción Abierta (aceptación garantizada).
2. Inscribirse en el Household Savings Program (Programa de Ahorros para el Hogar).¹ (Ambos participantes deben ser miembros actuales de un plan suplementario de Medicare de Blue Shield of California).
3. Inscribirse en un plan dental.

Si le interesa transferirse a un plan suplementario de Medicare de igual o menor valor fuera de su período de inscripción o a un plan con mejores beneficios en cualquier momento, debe completar el Formulario de Inscripción para Planes Suplementarios de Medicare (Formulario C12687).

Transferirse es fácil

- 1 Dé TODA la información que se pide y complete en letra de imprenta clara con mayúsculas y tinta negra. Firme y ponga la fecha al final.
- 2 Dentro de los 30 días después de la fecha en que firmó, envíe su formulario de aplicación de la siguiente manera:
 - Por fax al **(844) 266-1850**.
 - Por correo electrónico a **msinstall@blueshieldca.com**.
 - Por correo postal a Medicare Supplement Installation, P.O. Box 3008 Lodi, CA 95241-1912.

Nota: Se debe hacer una copia firmada de este contrato para sus registros.

Asegúrese de imprimir y guardar las páginas de la copia para el miembro de este formulario de aplicación junto con sus otros documentos importantes de Blue Shield of California.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo inscribirse, comuníquese con su corredor o llámenos al **(888) 713-0000 (TTY: 711)**.

También puede comunicarse con el Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP, Programa de Defensa y Asesoramiento sobre el Seguro de Salud) de California para obtener asesoramiento.

El HICAP brinda asesoramiento sobre el seguro de salud para las personas mayores que viven en California. Comuníquese con el HICAP llamando gratis al **(800) 434-0222** para que le refieran a la oficina del HICAP de su localidad. El Estado de California ofrece los servicios del HICAP gratis.

El Plan F Extra solamente está disponible para las personas que aplican que cumplieron 65 años o que fueron elegibles por primera vez para los beneficios de Medicare debido a una discapacidad antes del 1 de enero de 2020.

Información personal

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Número de teléfono:	Tipo de teléfono: ☐ Fijo ☐ Celular	
Dirección del hogar:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Copia para Blue Shield of California: Envíela por correo, fax o correo electrónico a la información de contacto que se indicó anteriormente.

Idioma de preferencia:

☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Vietnamita

Elija una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Dirección electrónica:

Al brindar su dirección electrónica arriba, será inscrito automáticamente en el envío electrónico de algunos avisos de su plan.

Recibirá muchos de los avisos necesarios de su plan de manera electrónica. Le enviaremos un mensaje de correo electrónico cuando haya nuevos avisos disponibles en Internet. Puede obtener acceso a estos avisos a través de cualquier dispositivo, como una computadora, una tableta o un teléfono celular.

☐ En lugar del envío electrónico, le enviaremos copias impresas de los materiales necesarios por correo postal. Tenga en cuenta que algunos avisos son muy grandes y es posible que no entren en algunos buzones. Puede cambiar la forma de envío elegida en cualquier momento.

Dirección de envío postal (si es distinta de la anterior):

Ciudad de envío postal:

Estado de envío postal:

Código de envío postal:

Dirección de facturación (si es distinta de la anterior):

Ciudad de facturación:

Estado de facturación:

Código postal de facturación:

Marque el tipo de plan que pide:

☐ A ☐ F Extra* ☐ G ☐ G Extra ☐ N

¿O decide seguir en su plan actual?

☐ Sí ☐ No

Fecha de comienzo pedida:

El primer día de (MM/AAAA)

* El Plan F Extra solamente está disponible para las personas que aplican que cumplieron 65 años o que fueron elegibles por primera vez para los beneficios de Medicare debido a una discapacidad antes del 1 de enero de 2020.

Número de identificación de beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés):

Número de suscriptor de Blue Shield:

Fecha de comienzo del seguro hospitalario
(Parte A) de Medicare: (MM/DD/AAAA)

Fecha de comienzo de Medicare (Parte B):
(MM/DD/AAAA)

Household Savings Program (Programa de Ahorros para el Hogar)¹

Si usted y el otro miembro de su hogar tienen 65 años de edad o más, y ambos tienen o piden el mismo plan (incluido cualquier plan dental), es posible que sean elegibles para ahorrar un 7 % mensual en sus cuotas combinadas del plan médico si **ambos miembros están inscritos en el mismo plan elegible. Ambos miembros deben compartir la misma dirección del hogar y de envío postal.** Las personas que consumen tabaco no son elegibles para el Household Savings Program.

¿El otro miembro de su hogar pide el **mismo** plan suplementario de Medicare de Blue Shield que pide usted o está inscrito en él y comparte ambas direcciones? ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", dé la siguiente información correspondiente al otro miembro de su hogar:

Nombre:

Número de identificación de beneficiario de Medicare (MBI):

Identificación de miembro del plan suplementario de Medicare de Blue Shield (si está disponible):

Brinde la autorización del otro miembro de su hogar para cancelar su contrato de Blue Shield separado e inscribirse en el contrato del suscriptor primario para obtener acceso al Household Savings Program con la firma del otro miembro de su hogar al final del formulario de aplicación.

Cada persona debe completar su propio formulario de aplicación de nuevo miembro. Si ambos miembros son inscritos actuales, el suscriptor se define según qué formulario de aplicación se procesó primero. De lo contrario, el miembro actual ya inscrito en el tipo de plan pedido será designado como el suscriptor.

El suscriptor es responsable del pago de las cuotas/primas a Blue Shield y solamente el suscriptor puede hacer cambios en el contrato/póliza. Al inscribirse en el Household Savings Program, Blue Shield también aceptará el pago de las cuotas/primas del otro miembro de su hogar inscrito en el plan. La información de facturación y las cantidades que deben pagarse pueden ser/serán compartidas con ambas partes inscritas en el plan cuando llamen a Servicio al Cliente.

Planes Dental PPO

Planes dentales para los miembros de los planes suplementarios de Medicare.

Vea la página en blueshieldca.com/MedSuppDental2027 para obtener más información.

Para inscribirse en la cobertura dental de Blue Shield, elija uno de los siguientes planes:

Opciones de planes dentales (elija una):

☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500 ☐ Ningún plan dental

Condiciones de la cobertura

- Los beneficios dentales no están sujetos a requisitos de deducibles del plan de salud.
- Si su cobertura dental se cancela por algún motivo (ya sea por usted o por Blue Shield), puede pedir su reinscripción, pero deberá esperar seis meses para volver a pedirla.

Información sobre el pago

Para definir la cantidad de las cuotas mensuales, consulte el cuadro de tarifas de Blue Shield incluido en el paquete de inscripción o visite blueshieldca.com/MedSupp2027. A menos que participe actualmente en el programa AutoPay, recibirá una factura mensual que indicará la cantidad y la fecha de vencimiento de su próximo pago.

Ahorre \$3 por mes al pagar las cuotas por medio de un débito mensual automático de su cuenta corriente o cuenta de ahorros usando nuestro programa AutoPay.¹ Para inscribirse, después de recibir y pagar su primera factura, regístrese e ingrese en su cuenta de Blue Shield en blueshieldca.com y obtenga acceso a la pestaña Billing and Payment (Facturación y pago). También puede llamar a Servicio al Cliente al **(800) 248-2341 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Los pedidos para inscribirse en el programa AutoPay pueden tardar hasta dos ciclos de facturación en completarse. Los miembros deben pagar todas las facturas impresas recibidas hasta que reciban un mensaje de correo electrónico que confirme el registro en el programa AutoPay.

Condiciones de la membresía

- 1 Este formulario de transferencia formará parte de la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) por la cual aplico, y junto con todos los avales, apéndices y adjuntos que correspondan a estos documentos constituirá en un todo el acuerdo de cobertura completo.
- 2 Si decido inscribirme en un plan que tiene un valor más alto, no recibiré cobertura de un plan suplementario de Medicare de Blue Shield a menos que el Underwriting Department (Departamento de Proceso de Evaluación para la Aprobación de Seguros) de Blue Shield apruebe este formulario de aplicación. Blue Shield no es responsable de las facturas generadas antes de la fecha de comienzo de la cobertura.
- 3 Solo Blue Shield puede aprobar este formulario de aplicación. Entiendo que ningún agente o corredor de seguros ni representante de ventas pueden garantizar la aprobación, cambiar los términos u omitir requisitos.

4 Declaro haber recibido los siguientes documentos:

- el Resumen de Beneficios;
- el cuadro de tarifas;
- la Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare;
- una copia de este formulario de transferencia.

Al firmar más abajo, declaro que la información que di en este formulario de transferencia es exacta y está completa hasta donde yo sé, y entiendo y acepto los términos y las condiciones de la cobertura, el Household Savings Program y las autorizaciones que he dado.

He leído el Resumen de Beneficios, y los términos, las condiciones y las autorizaciones establecidos anteriormente. Certifico que cumplo con los requisitos de elegibilidad que se establecen en el Resumen de Beneficios. Soy el único responsable de la exactitud y completitud de este formulario de aplicación, y he contestado todas las preguntas hasta donde yo sé. Entiendo que no seré elegible para la cobertura si alguna información es falsa o está incompleta, y que la cobertura puede cancelarse en caso de detectarse una situación de este tipo.

- 5 Entiendo que puedo recibir material y avisos de manera electrónica o impresa: Puedo recibir material y avisos necesarios relacionados con la cobertura y el plan de beneficios por correo electrónico y/o a través del sitio web de Blue Shield, **blueshieldca.com**, según corresponda. Al obtener un documento de manera electrónica, confirmo mi autorización para recibir material por correo electrónico. También tengo derecho a recibir material impreso por correo postal en cualquier momento y sin costo alguno. Para recibir material impreso por correo postal o cancelar la autorización para recibir avisos por correo electrónico, puedo llamar al **(800) 248-2341 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, durante todo el año.

 Firma de la persona que aplica:	Fecha (MM/DD/AAAA): 
Firma del miembro del hogar (si corresponde):	Fecha (MM/DD/AAAA):

Información del productor/agente de seguros

* Indica que el campo es obligatorio

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

Número de identificación fiscal de la agencia designada*: _____
(escriba en letra de imprenta el número de identificación fiscal de la agencia designada)

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

Número Nacional de Productor (NPN, por sus siglas
en inglés) individual del productor/agente de seguros*: _____

Dirección electrónica del productor/agente de seguros: _____

Número de fax del productor/agente de seguros: _____

Número de teléfono del productor/agente de seguros: _____

Fecha de hoy (obligatoria) (MM/DD/AAAA):

Firma del productor/agente de seguros (obligatoria):

Nombre en letra de imprenta:

¹ Los ahorros generados por la mayor eficacia en la administración de los planes suplementarios de Medicare en este programa/servicio se transfieren al suscriptor.



Formulario de Transferencia a un Plan Suplementario de Medicare de Blue Shield of California

Los miembros actuales de un plan suplementario de Medicare de Blue Shield of California pueden usar este formulario de aplicación para hacer lo siguiente:

1. Transferirse a un plan suplementario de Medicare de igual o menor valor durante un Período de Inscripción Abierta (aceptación garantizada).
2. Inscribirse en el Household Savings Program (Programa de Ahorros para el Hogar).¹ (Ambos participantes deben ser miembros actuales de un plan suplementario de Medicare de Blue Shield of California).
3. Inscribirse en un plan dental.

Si le interesa transferirse a un plan suplementario de Medicare de igual o menor valor fuera de su período de inscripción o a un plan con mejores beneficios en cualquier momento, debe completar el Formulario de Inscripción para Planes Suplementarios de Medicare (Formulario C12687).

¡Transferirse es fácil!

- 1 Dé TODA la información que se pide y complete en letra de imprenta clara con mayúsculas y tinta negra. Firme y ponga la fecha al final.
- 2 Dentro de los 30 días después de la fecha en que firmó, envíe su formulario de aplicación de la siguiente manera:
 - Por fax al **(844) 266-1850**.
 - Por correo electrónico a **msinstall@blueshieldca.com**.
 - Por correo postal a Medicare Supplement Installation, P.O. Box 3008 Lodi, CA 95241-1912.

Nota: Se debe hacer una copia firmada de este contrato para sus registros.

Asegúrese de imprimir y guardar las páginas de la copia para el miembro de este formulario de aplicación junto con sus otros documentos importantes de Blue Shield of California.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo inscribirse, comuníquese con su corredor o llámenos al **(888) 713-0000 (TTY: 711)**.

También puede comunicarse con el Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP, Programa de Defensa y Asesoramiento sobre el Seguro de Salud) de California para obtener asesoramiento.

El HICAP brinda asesoramiento sobre el seguro de salud para las personas mayores que viven en California. Comuníquese con el HICAP llamando gratis al **(800) 434-0222** para que le refieran a la oficina del HICAP de su localidad. El Estado de California ofrece los servicios del HICAP gratis.

El Plan F Extra solamente está disponible para las personas que aplican que cumplieron 65 años o que fueron elegibles por primera vez para los beneficios de Medicare debido a una discapacidad antes del 1 de enero de 2020.

Información personal

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Número de teléfono:	Tipo de teléfono: ☐ Fijo ☐ Celular	
Dirección del hogar:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Copia para el miembro: Guárdela junto con su información y documentos importantes de Blue Shield.

Idioma de preferencia:

☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Vietnamita

Elija una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Dirección electrónica:

Al brindar su dirección electrónica arriba, será inscrito automáticamente en el envío electrónico de algunos avisos de su plan.

Recibirá muchos de los avisos necesarios de su plan de manera electrónica. Le enviaremos un mensaje de correo electrónico cuando haya nuevos avisos disponibles en Internet. Puede obtener acceso a estos avisos a través de cualquier dispositivo, como una computadora, una tableta o un teléfono celular.

☐ En lugar del envío electrónico, le enviaremos copias impresas de los materiales necesarios por correo postal. Tenga en cuenta que algunos avisos son muy grandes y es posible que no entren en algunos buzones. Puede cambiar la forma de envío elegida en cualquier momento.

Dirección de envío postal (si es distinta de la anterior):

Ciudad de envío postal:

Estado de envío postal:

Código de envío postal:

Dirección de facturación (si es distinta de la anterior):

Ciudad de facturación:

Estado de facturación:

Código postal de facturación:

Marque el tipo de plan que pide:

☐ A ☐ F Extra* ☐ G ☐ G Extra ☐ N

¿O decide seguir en su plan actual?

☐ Sí ☐ No

Fecha de comienzo pedida:

El primer día de (MM/AAAA)

* El Plan F Extra solamente está disponible para las personas que aplican que cumplieron 65 años o que fueron elegibles por primera vez para los beneficios de Medicare debido a una discapacidad antes del 1 de enero de 2020.

Número de identificación de beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés):

Número de suscriptor de Blue Shield:

Fecha de comienzo del seguro hospitalario
(Parte A) de Medicare: (MM/DD/AAAA)

Fecha de comienzo de Medicare (Parte B):
(MM/DD/AAAA)

Household Savings Program (Programa de Ahorros para el Hogar)¹

Si usted y el otro miembro de su hogar tienen 65 años de edad o más, y ambos tienen o piden el mismo plan (incluido cualquier plan dental), es posible que sean elegibles para ahorrar un 7 % mensual en sus cuotas combinadas del plan médico si **ambos miembros están inscritos en el mismo plan elegible. Ambos miembros deben compartir la misma dirección del hogar y de envío postal.** Las personas que consumen tabaco no son elegibles para el Household Savings Program.

¿El otro miembro de su hogar pide el **mismo** plan suplementario de Medicare de Blue Shield que pide usted o está inscrito en él y comparte ambas direcciones? ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", dé la siguiente información correspondiente al otro miembro de su hogar:

Nombre:

Número de identificación de beneficiario de Medicare (MBI):

Identificación de miembro del plan suplementario de Medicare de Blue Shield (si está disponible):

Brinde la autorización del otro miembro de su hogar para cancelar su contrato de Blue Shield separado e inscribirse en el contrato del suscriptor primario para obtener acceso al Household Savings Program con la firma del otro miembro de su hogar al final del formulario de aplicación.

Cada persona debe completar su propio formulario de aplicación de nuevo miembro. Si ambos miembros son inscritos actuales, el suscriptor se define según qué formulario de aplicación se procesó primero. De lo contrario, el miembro actual ya inscrito en el tipo de plan pedido será designado como el suscriptor.

El suscriptor es responsable del pago de las cuotas/primas a Blue Shield y solamente el suscriptor puede hacer cambios en el contrato/póliza. Al inscribirse en el Household Savings Program, Blue Shield también aceptará el pago de las cuotas/primas del otro miembro de su hogar inscrito en el plan. La información de facturación y las cantidades que deben pagarse pueden ser/serán compartidas con ambas partes inscritas en el plan cuando llamen a Servicio al Cliente.

Planes Dental PPO

Planes dentales para los miembros de los planes suplementarios de Medicare.

Vea la página en blueshieldca.com/MedSuppDental2027 para obtener más información.

Para inscribirse en la cobertura dental de Blue Shield, elija uno de los siguientes planes:

Opciones de planes dentales (elija una):

☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500 ☐ Ningún plan dental

Condiciones de la cobertura

- Los beneficios dentales no están sujetos a requisitos de deducibles del plan de salud.
- Si su cobertura dental se cancela por algún motivo (ya sea por usted o por Blue Shield), puede pedir su reinscripción, pero deberá esperar seis meses para volver a pedirla.

Información sobre el pago

Para definir la cantidad de las cuotas mensuales, consulte el cuadro de tarifas de Blue Shield incluido en el paquete de inscripción o visite blueshieldca.com/MedSupp2027. A menos que participe actualmente en el programa AutoPay, recibirá una factura mensual que indicará la cantidad y la fecha de vencimiento de su próximo pago.

Ahorre \$3 por mes al pagar las cuotas por medio de un débito mensual automático de su cuenta corriente o cuenta de ahorros usando nuestro programa AutoPay.¹ Para inscribirse, después de recibir y pagar su primera factura, regístrese e ingrese en su cuenta de Blue Shield en blueshieldca.com y obtenga acceso a la pestaña Billing and Payment (Facturación y pago). También puede llamar a Servicio al Cliente al **(800) 248-2341 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Los pedidos para inscribirse en el programa AutoPay pueden tardar hasta dos ciclos de facturación en completarse. Los miembros deben pagar todas las facturas impresas recibidas hasta que reciban un mensaje de correo electrónico que confirme el registro en el programa AutoPay.

Condiciones de la membresía

- 1 Este formulario de transferencia formará parte de la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) por la cual aplico, y junto con todos los avales, apéndices y adjuntos que correspondan a estos documentos constituirá en un todo el acuerdo de cobertura completo.
- 2 Si decido inscribirme en un plan que tiene un valor más alto, no recibiré cobertura de un plan suplementario de Medicare de Blue Shield a menos que el Underwriting Department (Departamento de Proceso de Evaluación para la Aprobación de Seguros) de Blue Shield apruebe este formulario de aplicación. Blue Shield no es responsable de las facturas generadas antes de la fecha de comienzo de la cobertura.
- 3 Solo Blue Shield puede aprobar este formulario de aplicación. Entiendo que ningún agente o corredor de seguros ni representante de ventas pueden garantizar la aprobación, cambiar los términos u omitir requisitos.

4 Declaro haber recibido los siguientes documentos:

- el Resumen de Beneficios;
- el cuadro de tarifas;
- la Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare;
- una copia de este formulario de transferencia.

Al firmar más abajo, declaro que la información que di en este formulario de transferencia es exacta y está completa hasta donde yo sé, y entiendo y acepto los términos y las condiciones de la cobertura, el Household Savings Program y las autorizaciones que he dado.

He leído el Resumen de Beneficios, y los términos, las condiciones y las autorizaciones establecidos anteriormente. Certifico que cumplo con los requisitos de elegibilidad que se establecen en el Resumen de Beneficios. Soy el único responsable de la exactitud y completitud de este formulario de aplicación, y he contestado todas las preguntas hasta donde yo sé. Entiendo que no seré elegible para la cobertura si alguna información es falsa o está incompleta, y que la cobertura puede cancelarse en caso de detectarse una situación de este tipo.

- 5 Entiendo que puedo recibir material y avisos de manera electrónica o impresa: Puedo recibir material y avisos necesarios relacionados con la cobertura y el plan de beneficios por correo electrónico y/o a través del sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, según corresponda. Al obtener un documento de manera electrónica, confirmo mi autorización para recibir material por correo electrónico. También tengo derecho a recibir material impreso por correo postal en cualquier momento y sin costo alguno. Para recibir material impreso por correo postal o cancelar la autorización para recibir avisos por correo electrónico, puedo llamar al **(800) 248-2341 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, durante todo el año.

 Firma de la persona que aplica:	Fecha (MM/DD/AAAA): 
Firma del miembro del hogar (si corresponde):	Fecha (MM/DD/AAAA):

Información del productor/agente de seguros

* Indica que el campo es obligatorio

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

Número de identificación fiscal de la agencia designada*: _____
(escriba en letra de imprenta el número de identificación fiscal de la agencia designada)

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

Número Nacional de Productor (NPN, por sus siglas
en inglés) individual del productor/agente de seguros*: _____

Dirección electrónica del productor/agente de seguros: _____

Número de fax del productor/agente de seguros: _____

Número de teléfono del productor/agente de seguros: _____

Fecha de hoy (obligatoria) (MM/DD/AAAA):

Firma del productor/agente de seguros (obligatoria):

Nombre en letra de imprenta:

¹ Los ahorros generados por la mayor eficacia en la administración de los planes suplementarios de Medicare en este programa/servicio se transfieren al suscriptor.