



BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

300 East Randolph Street, Chicago, IL 60601 • 800-477-2000

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

N.º de asegurado _____
(si corresponde):

Uso administrativo

Solicite una cobertura **BlueCare Dental**SM del 2025 para usted y su familia



¿Está recibiendo los servicios de un agente independiente autorizado de Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, (en adelante, llamada BCBSIL)? Si es el caso, proporcione la información del agente en la última página.

Ayúdenos a procesar su Solicitud con prontitud

En la página 3, incluya su número de Seguro Social y deje el resto de la página en blanco si está solicitando cobertura durante el período de inscripciones. La página 3 solo se debe llenar si solicita cobertura durante un período especial de inscripción; pero, antes de llenarla, verifique si es elegible en espanol.bcbsil.com/sep. Para recibir asistencia lingüística o de comunicación gratuita, llame al 855-710-6984.

ASEGÚRESE DE LO SIGUIENTE:

- Descargue y siga la lista de verificación para la solicitud en bcbsil.com/application-tracker.
- Escriba el nombre y número de Seguro Social en la parte superior de las 16 hojas.
- Responda a **todas** las preguntas sobre usted y sus derechohabientes.
 - Escriba con **tinta negra**. Las Solicitudes escritas a lápiz no tendrán validez.
 - Tache **cualquier respuesta que desee cambiar** y añada sus iniciales seguido de la respuesta. No use ni cinta ni líquido correctores.
- Si va a añadir derechohabientes a una póliza de cobertura vigente, llene la solicitud para el Solicitante principal y para todos los derechohabientes **actuales y nuevos**. Si necesita más secciones en blanco para añadir derechohabientes, descargue y rellene las páginas adicionales disponibles en espanol.bcbsil.com/more-dependents-2025-s. Adjúntelas a la solicitud.
- Incluya **el pago correspondiente al primer mes** o la información para efectuar pagos en la página 12. Incluya la información sobre cómo desea efectuar sus pagos mensuales.
- Firme la Solicitud en todos los espacios que se solicite una firma (páginas 12, 14 y 16). Presente las 16 hojas, incluso las que no rellene. Envíe por fax al **800-279-7419**.

Propósito de la Solicitud

- CONTRATAR** una cobertura
- CAMBIAR** mi cobertura dental de 2025
- AÑADIR** un derechohabiente a mi cobertura dental
(Puede añadir a un recién nacido antes de que cumpla los 60 días de vida llamando al 800-538-8833. No es necesario llenar una solicitud.)

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Cómo nos comunicaremos

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Si desea que nos comuniquemos electrónicamente, necesitamos su dirección de correo electrónico. **Al proporcionar una dirección de correo electrónico, usted acepta recibir información sobre su póliza en formato electrónico**, como los kits de la póliza, las explicaciones de beneficios y las cartas de reclamaciones. La comunicación en formato electrónico continuará con las renovaciones o los cambios de póliza.

Puede cambiar sus preferencias para volver a recibir correspondencia en formato impreso y sin costo. Tiene las siguientes opciones para configurar o hacer cambios a sus preferencias una vez que su cobertura esté vigente:

- Actualice sus preferencias e información de contacto en **account.bcbsil.com/upp/**.

-O-

- Llame a Servicio al Cliente al número en la tarjeta de asegurado.

Puede ver o imprimir sus documentos desde una computadora o dispositivo móvil. El sitio web es compatible con la mayoría de las versiones de Chrome, Firefox, Microsoft Edge o Safari.

¿Usará un acuerdo de reembolso?

¿Alguno de los solicitantes contrató esta cobertura utilizando un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA, en inglés) o un Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA, en inglés)?

S N

Si es el caso, rellene los datos a continuación.

Marque uno: ICHRA QSEHRA

Fecha de entrada en vigor del acuerdo ICHRA o QSEHRA

Monto de la contribución mensual

Nombre del empleador

Cómo solicitar cobertura fuera del Período de inscripciones

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____



Si está solicitando cobertura durante el Período de inscripciones, escriba su nombre y número de Seguro Social; luego, continúe a la siguiente página.

¿TIENE DERECHO A UN PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN?

Usted podría solicitar cobertura durante un Período especial de inscripción (SEP, en inglés), el cual le da una oportunidad de solicitar cobertura fuera del Período de inscripciones.

- Según el suceso que lo haga elegible, debe presentar su Solicitud ya sea dentro de los 60 días anteriores o posteriores a la fecha del suceso.
- Marque todos los sucesos que correspondan.
- **Es necesario adjuntar comprobantes válidos del suceso de vida elegible junto con la Solicitud.**
 - BCBSIL revisará el comprobante para verificar si tiene derecho a un Período especial de inscripción.
 - **No podemos** procesar su Solicitud o emitir una cobertura médica o dental a su nombre sin un comprobante válido.
- Una vez que la póliza sea emitida, no podrá volver a utilizar el Período especial de inscripción para solicitar una cobertura diferente.

Consulte la información sobre la documentación que deberá adjuntar en espanol.bcbsil.com/sep. Comuníquese con su agente independiente autorizado o con BCBSIL al **800-477-2000** para conocer los tipos de comprobantes que aceptamos.

<input type="checkbox"/> 1. Yo o mi(s) derechohabiente(s) dejamos de tener la Cobertura esencial mínima por lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a. motivos que están fuera de mi control (sin incluir motivos como incumplimiento del pago completo de prima o cualquier desacato a las reglas de la cobertura), desde esta fecha.¹ <input type="checkbox"/> b. cumplí 26 años (o 30 años, si soy veterano militar no casado), o porque el titular de la póliza ahora es elegible para Medicare.^{1,2} <input type="checkbox"/> c. defunción del titular de la póliza, desde esta fecha.³ <input type="checkbox"/> d. pérdida de empleo, reducción en horas de trabajo, falta de las contribuciones de mi empleador o terminación de mi cobertura COBRA, desde esta fecha.¹ <input type="checkbox"/> e. uno de los asegurados se divorció o separó legalmente, desde esta fecha.¹ <input type="checkbox"/> f. la aseguradora dejó de asegurar a personas en situación similar a la mía, desde esta fecha.¹ 	Fecha(s) del (de los) suceso(s) a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____ f. _____
<input type="checkbox"/> 2. Contraje matrimonio en esta fecha. ³	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 3. Por el nacimiento de un bebé, adopción de un menor, colocación de un menor conmigo para su adopción, custodia provisional de un menor o sentencia judicial que me ordenó brindar cobertura a un derechohabiente, desde esta fecha. ³	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 4. Ocurrió un error al solicitar la cobertura dental anterior o demostré adecuadamente que la cobertura dental anterior o el emisor no respetaron el acuerdo contractual que tenían conmigo, desde esta fecha. ³	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 5. Una de las personas en la cobertura reportó cambios en sus ingresos y dejó de recibir los créditos fiscales por adelantado para el pago de las primas, ya no es elegible para la reducción de gastos compartidos o ya no cuenta con Medicaid, o mi cobertura anterior, contratada fuera del Mercado de seguros, incumplió normas gubernamentales, desde esta fecha. ¹	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 6. Al mudarme ahora tengo distintas opciones de cobertura dental, desde esta fecha. ¹	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 7. Mi póliza vigente termina en una fecha distinta al 31 de diciembre, que es esta fecha. ¹	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 8. La empresa ofreció ayuda para pagar el costo de la cobertura, ya sea a través de un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA) o Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA). Marque uno: <input type="checkbox"/> ICHRA <input type="checkbox"/> QSEHRA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a. La empresa está ofreciendo participación en ICHRA o QSEHRA, desde esta fecha.¹ <input type="checkbox"/> b. Soy empleado recién contratado y la empresa ofrece participación en ICHRA o QSEHRA, desde esta fecha.¹ 	Fecha del suceso a. _____ b. _____
<input type="checkbox"/> 9. Ocurrió otro suceso elegible que no aparece en esta lista en esta fecha. (Comuníquese con su agente o con nuestro centro de ventas al 800-477-2000). ¹	Fecha del suceso

¹ Tiene un plazo de 60 días anteriores o posteriores a la fecha del suceso que lo hace elegible para presentar su Solicitud.

² Un derechohabiente incluido en la cobertura de uno de sus padres y que haya sido contratada en el Mercado de seguros tiene hasta el 31 de diciembre del año en que cumple 26 años para presentar su Solicitud.

³ Tiene un plazo de 60 días posteriores a la fecha del suceso que lo hace elegible para presentar su Solicitud.

Información personal

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

(INCLUYA LA INFORMACIÓN DE **CADA** PERSONA QUE SERÁ INCLUIDA EN LA COBERTURA).

SOLICITANTE PRINCIPAL¹ (¿A nombre de quién se emitiría la cobertura dental?)

Nombre		Inicial del segundo nombre	Apellido		
N.º de Seguro Social			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____		¿Prefiere leer o escribir en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____			
Dirección donde reside	Ciudad		Estado	Código Postal	Condado
Dirección postal (Por ejemplo, apartado postal)		Ciudad		Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad² _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo					
Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSIL le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSIL, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en account.bcbsil.com/upp/ . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.					
Dirección de correo electrónico^{2,3} _____					
OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____					
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____					

¹ Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, llene la Solicitud para **TODOS** los derechohabientes Y el Solicitante principal.

² Para mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

³ Si desea recibir información electrónicamente o hacer pagos por medio de transferencias electrónicas (EFT, en inglés), **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

Información personal

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

(INCLUYA LA INFORMACIÓN DE **CADA** PERSONA QUE SERÁ INCLUIDA EN LA COBERTURA).

CÓNYUGE, PAREJA O HIJOS DERECHOHABIENTES^{1,2} (¿A quién más desea incluir en la cobertura?)			
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	
Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____			
Dirección postal⁴ (SI ES OTRA)	Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad³ _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo			
Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSIL le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSIL, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en account.bcbsil.com/upp/ . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.			
Dirección de correo electrónico^{3,4} _____			
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización para derechohabientes con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbsil.com/disabled-dependents-s .			
OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)			
<input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____			
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)			
<input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático			
<input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái			
<input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____			

¹ Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, llene la Solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal.

² La designación de "cónyuge" incluye a parejas en unión libre. Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSIL.

³ Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁴ Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

Información personal

(DERECHOHABIENTES^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		
Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____				
Dirección postal ⁴ (SI ES OTRA)	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo				
Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSIL le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSIL, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en account.bcbsil.com/upp/ . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.				
Dirección de correo electrónico ^{3,4} _____				
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "SÍ", necesitamos una <i>Autorización para derechohabientes con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbsil.com/disabled-dependents-s .				
OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)				
<input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)				
<input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático				
<input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái				
<input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				

¹ Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, llene la Solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal.

² Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSIL.

³ Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁴ Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

Información personal

(DERECHOHABIENTES^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		
Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____				
Dirección postal ⁴ (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo				
Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSIL le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSIL, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en account.bcbsil.com/upp/ . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.				
Dirección de correo electrónico ^{3,4} _____				
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "SÍ", necesitamos una <i>Autorización para derechohabientes con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbsil.com/disabled-dependents-s .				
OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)				
<input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)				
<input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático				
<input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái				
<input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				

¹ Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, llene la Solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal.

² Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSIL.

³ Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁴ Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

Información personal

(**DERECHOHABIENTES**^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		
Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____				
Dirección postal ⁴ (SI ES OTRA)	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo				
Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSIL le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSIL, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en account.bcbsil.com/upp/ . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.				
Dirección de correo electrónico ^{3,4}				
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "SÍ", necesitamos una <i>Autorización para derechohabientes con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbsil.com/disabled-dependents-s .				
OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)				
<input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)				
<input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático				
<input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái				
<input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				

¹ Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, llene la Solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal.

² Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSIL.

³ Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁴ Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

Información personal

(**DERECHOHABIENTES**^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		
Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____				
Dirección postal ⁴ (SI ES OTRA)	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo				
Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSIL le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSIL, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en account.bcbsil.com/upp/ . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.				
Dirección de correo electrónico ^{3,4} _____				
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "SÍ", necesitamos una <i>Autorización para derechohabientes con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbsil.com/disabled-dependents-s .				
OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)				
<input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)				
<input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático				
<input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái				
<input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				

¹ Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, llene la Solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal.

² Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSIL.

³ Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁴ Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

Información personal

(DERECHOHABIENTES^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		
Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____				
Dirección postal ⁴ (SI ES OTRA)	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo				
Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSIL le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSIL, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en account.bcbsil.com/upp/ . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.				
Dirección de correo electrónico ^{3,4} _____				
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "SÍ", necesitamos una <i>Autorización para derechohabientes con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbsil.com/disabled-dependents-s .				
OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)				
<input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)				
<input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático				
<input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái				
<input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				

¹ Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, llene la Solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal.

² Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSIL.

³ Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁴ Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

Elección de cobertura dental

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____



- Para obtener más información sobre estas opciones de cobertura dental, visite **BlueDentalinfoIL-2025-s.com**.
- La selección de cobertura dental en esta solicitud se aplicará a todos los solicitantes.
- Los derechohabientes de 19 a 26 años son considerados adultos para fines de cobertura dental.
- Si ya cuenta con una cobertura dental a través de nosotros, lo que seleccione aquí **REEMPLAZARÁ** esa cobertura dental actual.
- Para encontrar a un dentista que acepte su cobertura, visite **FindADoctorIL.com**.

ELIJA UNA DE LAS DOS OPCIONES:

OPCIÓN 1

Puede solicitar la cobertura BlueCare DentalSM, nuestra cobertura dental integral acreditada. Esta incluye servicios dentales para adultos **Y** menores.

BlueCare Dental (cobertura para adultos **Y** menores)

DEDUCIBLE POR PERSONA

<input type="checkbox"/> BlueCare Dental 1A	\$25
<input type="checkbox"/> BlueCare Dental 1B	\$50
<input type="checkbox"/> BlueCare Dental 1C	\$50
<input type="checkbox"/> BlueCare Dental 1D	\$50

-0-

OPCIÓN 2

Puede solicitar la cobertura BlueCare Dental 4 KidsSM, nuestra cobertura dental limitada acreditada. Esta incluye servicios dentales **SOLO PARA MENORES**.

BlueCare Dental 4 Kids (cobertura **SOLO PARA MENORES DE 19 AÑOS**)

DEDUCIBLE POR PERSONA

<input type="checkbox"/> BlueCare Dental 4 Kids 1A	\$25
<input type="checkbox"/> BlueCare Dental 4 Kids 1B	\$50

Formas de pago

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____



Lea las reglas importantes sobre facturación en la próxima página.

- La cobertura podrá cancelarse por falta de pago.
- **Necesitamos una dirección de correo electrónico para las transferencias electrónicas (EFT).**
- **Si usted es un asegurado actual que paga su prima mediante transferencias electrónicas**, proporcione los datos de pago de la prima, aunque no haya cambios.

PRIMER PAGO

Puede efectuar su **primer pago** mediante transferencia electrónica (EFT), cheque o giro postal. Elija una opción:

transferencia electrónica (retiro inmediato de fondos del primer pago) cheque (adjunto) giro postal (adjunto)



CONSEJO: Escriba el nombre del Solicitante principal como anotación en el cheque o giro postal si no es el propietario de la cuenta. **AVISO:** El uso de cuentas corporativas quedaría sujeto a la comprobación del cumplimiento de las *Reglas sobre pagos realizados por terceros* en la página 13.

PAGOS MENSUALES

Puede efectuar sus **pagos mensuales** mediante transferencia electrónica (a través del sistema de pagos automáticos Auto Bill Pay) o podemos enviarle facturas por correo postal o electrónico. Elija una opción:

transferencia electrónica (sistema de pagos Auto Bill Pay) factura electrónica factura por correo postal

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DE PRIMA

(Debe rellenar **TODAS** las casillas para las transferencias electrónicas):

Elija una <input type="checkbox"/> cuenta de cheques <input type="checkbox"/> cuenta de ahorros	Nombre(s) en la cuenta si no es el Solicitante
---	---

N.º de ruta bancaria (verifique)	N.º de cuenta (verifique)
---	----------------------------------

Dirección de correo electrónico

AUTORIZACIÓN (Ver todos los Términos de uso de Auto Bill Pay en la página 13)

Confirmando que autorizo a BCBSIL o a su entidad designada para que retiren los pagos mensuales de la cuenta de cheques o de ahorros que proporcioné. Los fondos serán retirados en el último día hábil del mes anterior al próximo mes de cobertura. Si el último día hábil (lunes a viernes) del mes cae en un día feriado u otro día en que las instituciones bancarias no operan, los fondos se retirarán en el próximo día hábil. Los retiros se pueden efectuar ya sea con cheques, giros contra cuenta corriente o cargos debitados electrónicamente. También confirmo que, autorizo y deseo que la institución financiera aquí nombrada acepte y haga válida mi autorización para que se efectúen los pagos con mi cuenta.

He leído y acepto esta autorización

Firma del propietario de la cuenta	Fecha	Parentesco con el Solicitante
---	--------------	--------------------------------------



No cancele ninguna cobertura vigente hasta que su Solicitud sea aprobada y su cobertura nueva entre en vigor.

El primer mes se paga al presentar la Solicitud. Si solicita una nueva cobertura, **la cobertura no entrará en vigor hasta que recibamos el primer pago.**

Reglas importantes sobre facturación

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

TÉRMINOS DE USO DEL SISTEMA DE PAGOS AUTO BILL PAY (se requiere una dirección de correo electrónico)

Al autorizar transferencias electrónicas, entiende y acepta que BCBSIL, o la compañía que BCBSIL designe, procesará cobros mensuales a su cuenta de cheques o ahorros según los siguientes términos:

- Al registrarse en el sistema de pagos automáticos Auto Bill Pay, da su autorización para que nosotros y nuestros prestadores de servicios almacenemos su información de pago y procesemos los pagos mensuales usando el método de pago que seleccionó, a menos que tome las medidas oportunas para cancelar su participación en Auto Bill Pay. Todos los cargos se cobrarán el último día del mes anterior al mes de cobertura usando el método de pago que seleccionó, hasta que los cancele. El monto se le cobrará según las primas y otros cobros, cargos y gastos que usted tenga que pagar. Si el monto del pago cambia, se le notificará por correo electrónico.
- Si desea cancelar los pagos automáticos, inicie sesión en su cuenta de Blue Access for MembersSM (BAMSM). Todas las solicitudes para cancelar los pagos automáticos deben recibirse a más tardar 3 días antes de la fecha de facturación. De lo contrario, la cancelación de los pagos automáticos será efectiva hasta el siguiente mes.
- Si en su estado de cuenta se presentan transferencias que no realizó, incluidas las realizadas con tarjetas u otros medios, infórmenos de inmediato. Si no nos notifica dentro de los 60 días después de la fecha en que se le envió el estado de cuenta, es posible que, después de los 60 días, no recupere el dinero que perdió si logramos comprobar que, si nos lo hubiera comunicado a tiempo, tal vez hubiéramos logrado impedir las transferencias de dinero. Si tiene una razón válida (como un viaje u hospitalización prolongados) que le impidió informárnoslo, entonces aplazaremos los períodos de tiempo.
- Si nos avisó con anticipación que realizáramos pagos regulares a través de su cuenta, puede suspenderlos de la siguiente manera:
 - Comuníquese con nosotros al número en su tarjeta de asegurado o inicie sesión en su cuenta de BAMSM a tiempo, para que recibamos su solicitud con al menos 3 días hábiles de anticipación a la fecha estipulada para procesar el pago programado.
 - Si el monto regular varía, le informaremos la fecha y el monto a pagar 10 días antes de la fecha límite de cada pago.
 - Si nos pide suspender uno de estos pagos con al menos 3 días hábiles de anticipación a la fecha de la transferencia programada y no lo hacemos, entonces seremos responsables de sus pérdidas o daños.
- Podemos en cualquier momento y sin previo aviso modificar los términos de uso del sistema de pagos automáticos Auto Bill Pay. Debe leer los términos de uso de Auto Bill Pay. El uso continuo de Auto Bill Pay, después de cualquier modificación a los términos y condiciones, constituirá en su acuerdo con los cambios. Es posible que suspendamos la funcionalidad de los pagos automáticos por medio de Auto Bill Pay, por cualquier motivo y sin previo aviso, o que se le pida inscribirse nuevamente si se modifican los términos o las condiciones de uso.

REGLAS SOBRE PAGOS REALIZADOS POR TERCEROS

BCBSIL cumple con los requisitos federales para procesar pagos según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

1. BCBSIL acepta pagos de primas efectuados en nombre del asegurado por las siguientes entidades:
 - a. un programa Ryan White HIV/AIDS, según el Artículo XXVI de Public Health Service Act [ley federal de servicios de salud pública];
 - b. una tribu indígena, una organización tribal o una organización de indígenas en centros urbanos;
 - c. un programa local, estatal o federal, incluido un programa becado operado por un programa gubernamental para efectuar pagos en su nombre.
2. Es posible que BCBSIL acepte pagos de primas en nombre de un asegurado de fundaciones privadas o sin fines de lucro si los pagos se hacen:
 - a. por el período completo de la póliza de los asegurados;
 - b. basándose solo en el estado financiero de los asegurados;
 - c. sin importar la cobertura que elija el asegurado; y
 - d. sin importar el estado de salud del asegurado.
3. Es posible que BCBSIL acepte pagos de primas en nombre del asegurado de un fideicomiso, poder notarial o tutor legal.
4. BCBSIL no interpretará los pagos recibidos de un empleador como pagos impermisibles de un tercero, siempre y cuando tales pagos no constituyan una cobertura dental grupal que cumpla con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA) ni que:
 - a. el empleador facilite el pago de la prima mediante una deducción de nómina o método similar para el empleado, y el empleador no contribuya ninguna porción de la prima, ya sea directamente o por medio de reembolso; o
 - b. el empleado participe en un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA) o un Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA) que ofrezca su empleador en lugar de un seguro médico grupal.
5. BCBSIL aceptará pagos en nombre de un asegurado directamente de un empleador que participe en un acuerdo ICHRA o QSEHRA o mediante un servicio de coordinación de pagos de un tercero si dichos pagos se efectúan usando métodos de pago permitidos.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Información sobre otras coberturas

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

REEMPLAZO DE COBERTURA

¿Esta cobertura reemplazará a la cobertura médica para 2024 que ya tiene? **Si la respuesta es "Sí", lea la sección CONOZCA SUS DERECHOS a continuación y liste todas las coberturas que cancelará y reemplazará con una de BCBSIL:** S N

ASEGURADO(S)	COMPAÑÍA ASEGURADORA	N.º DE PÓLIZA	VIGENTE HASTA EL

REEMPLAZO DE COBERTURA: CONOZCA SUS DERECHOS

Si su respuesta anterior fue "Sí", es posible que BCBSIL NO cancele automáticamente la póliza anterior. Esta sección solo indica que usted tiene la intención de cancelar su cobertura médica y contra accidentes vigente y reemplazarla con una cobertura emitida por BCBSIL. Para su conocimiento y protección, debe saber cuáles son las implicaciones que tendría la protección disponible con la nueva cobertura.

1. Le recomendamos que consulte su decisión de reemplazo con la compañía de seguros que le ofrece la cobertura. Puede consultar el asunto con uno de sus agentes de seguros. Este no solo es un derecho para usted, sino que también es un beneficio personal para tener la certeza de que entiende todos los factores importantes que serían parte del reemplazo de su cobertura actual.
2. Si, después de la debida consideración, desea cancelar su cobertura y reemplazarla con otra, responda verazmente y en su totalidad todas las preguntas de esta Solicitud en relación con cualquier persona que solicita cobertura. No incluir toda la información esencial puede ser un instrumento legal para que BCBSIL rechace cualquier futura reclamación y que reembolse la prima de la póliza como si su contrato nunca hubiera tenido vigencia. Después de haber llenado la Solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla cuidadosamente para corroborar que toda la información se ha registrado correctamente.

OTRAS COBERTURAS MÉDICAS, DENTALES, PARA LA VISTA QUE USTED O SUS DERECHOHABIENTES TENGAN

Indique si alguna de las personas que esté solicitando cobertura tiene o ha tenido cobertura durante los últimos 60 días:

- cobertura de BCBSIL
- cobertura médica a través de otra aseguradora
- cobertura médica mediante algún programa con respaldo gubernamental, Medicare incluido

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información: S N

Nombre del solicitante	Nombre en otra póliza (si es diferente)	N.º de asegurado/grupo (recomendado)
Nombre del solicitante	Nombre en otra póliza (si es diferente)	N.º de asegurado/grupo (recomendado)

Declaración de representación (OPCIONAL)

Al contratar una cobertura dental de BCBSIL, me convierto en asegurado de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC). Con mi firma en esta Solicitud, atentamente pido que la Junta Directiva de HCSC actúe en mi nombre en todas las juntas de asegurados de HCSC. Entiendo lo siguiente:

- Esta autorización abarca a cualquier compañía que reemplace a HCSC.
- La Junta Directiva podría nombrar a un tercero para representar mi voto.

La reunión anual de asegurados ha de tener lugar cada año en la sede corporativa (300 E. Randolph St., Chicago, Illinois 60601) a las 12:30 p. m. del último martes de octubre. Se puede convocar a reuniones especiales de asegurados. En dicho caso, se notificará con 30 a 60 días de anticipación.

Esta autorización para conceder la representación de mi voto como asegurado a la Junta Directiva se mantendrá vigente:

- hasta que la revoque o si la revoco por escrito al menos 20 días antes de cualquier reunión de asegurados; o
- a menos que asista y vote en persona en cualquier reunión de asegurados.

Firma para conceder la representación del Solicitante principal (interesado): AVISO: Es obligatorio firmar la página 16 para llenar esta Solicitud, independientemente de que firme para conceder su representación.	Fecha
Escriba su nombre tal como lo firmó:	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Lea y firme en la siguiente página

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

AL LLENAR Y FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Esta Solicitud no es una cobertura. La Cobertura no estará vigente sino hasta (1) la fecha de entrada en vigor indicada en la póliza y (2) que esté pagado el primer mes de cobertura.¹
- Si recibo los servicios de un agente, este no puede aceptar riesgos ni modificar las pólizas ni las reglas de BCBSIL.
- Si recibo la ayuda de un agente de seguros para contratar una cobertura individual o familiar, ya sea para gastos médicos o dentales, BCBSIL podría darle un pago o comisión. Para obtener más información sobre cualquier pago que reciba el agente, debo preguntarle al agente.
- La cobertura se anularía si cualquier persona a sabiendas presenta una reclamación fraudulenta por el pago de alguna pérdida o servicio o si presenta información falsa o fraudulenta en relación con datos esenciales en esta Solicitud. Esto incluye información falsa o fraudulenta acerca de mí o cualesquiera de mis derechohabientes. La anulación cancela la cobertura al día en que entró en vigor. Recibiré un aviso por escrito con al menos 30 días de anticipación a la fecha en que mi cobertura o la de mis derechohabientes será anulada.
- La prima mensual se calculará con base en factores aprobados por el Departamento de Seguros del Estado y otras leyes y regulaciones de carácter estatal y federal. Las tarifas se calculan según la edad y factores tarifarios geográficos. Con estos factores también se calculan las primas para cualquier derechohabiente incluido en mi póliza.
- Autorizo que cualesquiera de las personas u organizaciones mencionadas a continuación compartan mi información médica con BCBSIL o con sus representantes autorizados:
 - o profesionales médicos, hospitales o clínicas;
 - o otros centros de salud o relacionados con la salud;
 - o agencias gubernamentales;
 - o administradores de beneficios farmacéuticos, agencias de bases de datos farmacéuticos o farmacias abiertas al público;
 - o cualquier otra persona o firma con obligación legal.
- Esta información puede incluir lo siguiente:
 - o copias de expedientes sobre recomendaciones, atención o tratamiento médicos que yo o mis derechohabientes recibimos;
 - o información sobre recetas médicas y consumo de drogas o alcohol;
 - o información sobre enfermedades mentales.
- BCBSIL tiene permiso para revisar y buscar información en sus propios expedientes.
- BCBSIL compartirá información recopilada con entidades médicas con el propósito de gestionar mis servicios médicos únicamente cuando sea necesario.
- Ya sea por obligación o consentimiento legal, BCBSIL podría volver a divulgar la información divulgada con mi autorización. De ser requerida, la persona o agencia receptora de la información será responsable de protegerla.
- A partir de hoy, esta autorización tiene una validez de dos años o hasta que cancele la cobertura.
 - o Tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento comunicándome con BCBSIL por escrito.
 - o Yo o cualquier persona a quien autorice mi representación recibiremos una copia de esta autorización, previa solicitud.
 - o Ninguna cancelación afectará las actividades de BCBSIL anteriores a la fecha en que BCBSIL reciba la cancelación.
- Presento todas las declaraciones y respuestas en esta Solicitud como HECHOS. Según mi leal saber y entender, estos son verdaderos y están completos. Estos hechos conforman la base de mi Solicitud.
- La Solicitud será parte de mi contrato con BCBSIL.
- Mi agente (de ser el caso) y yo manifestamos que hemos leído y entendido la Solicitud y repasado los detalles de la cobertura que elegí.
- Esta cobertura particular para individuos y familias tiene la finalidad de ser un gasto personal.
- Únicamente yo, algún familiar o alguno de los terceros autorizados mencionados en la Solicitud efectuarán pagos directamente a BCBSIL.
- BCBSIL no acepta pagos efectuados directamente por terceros, excepto por los listados en la página 13.
- En caso de violación de estas reglas, cualquier pago efectuado por un tercero no será acreditado en favor de mi cuenta ni cobertura. Es posible que no se emitan reembolsos a mi nombre, a su vez, esto puede resultar en la cancelación de mi cobertura por falta de pago.

ADVERTENCIA: EN UN TRIBUNAL DE JUSTICIA, SE PUEDE CONSIDERAR COMO DELITO EL HECHO DE QUE CUALQUIERA PRESENTE ALGUNA RECLAMACIÓN POR INDEMNIZACIÓN DE UNA COBERTURA MÉDICA CON INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA Y, QUE A SABIENDAS, TENGA LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

¹ Se aplican algunas excepciones durante Períodos especiales de inscripción. Consulte a su agente de seguros o Servicio al Cliente.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

¿Recibió los servicios de un agente?

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

SECCIÓN PARA LOS AGENTES (DE SER EL CASO)

Declaro lo siguiente:

- Entregué la Solicitud al (a los) Solicitante(s) para que la llene(n) o personalmente hice las preguntas y anoté las respuestas tal como se respondieron.
- Entregué material impreso para explicar los beneficios al (a los) Solicitante(s), entre ellos, la información sobre los servicios sin cobertura y cualquier información especial sobre la cobertura.
- Repasé los documentos de la cobertura con el (los) Solicitante(s), entre ellos, la(s) Declaración(es) de divulgación, previa solicitud.

Firma del agente	Nombre en letra de molde del agente	Fecha
N.º de agente	N.º telefónico del agente	
Dirección de correo electrónico del agente		

Lea y firme (OBLIGATORIO)

CON SU FIRMA, ESTE DOCUMENTO SE CONVIERTE EN UN CONTRATO UNA VEZ PROCESADO POR COMPLETO

Nombre en letra de molde Y firma del Solicitante principal	Fecha	
Nombre en letra de molde Y firma de uno de los Padres o del Tutor de un menor (si el menor es el Solicitante principal)	Fecha	
Información obligatoria si quien firma esta autorización es un representante personal que actúa en nombre de una persona (que no sea uno de los padres de un menor):		
Nombre en letra de molde Y firma del Representante personal	Parentesco:	Fecha

Presente su Solicitud

EVITE CONTRATIEMPOS EN EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD:



- Firme el documento.
- Envíe **TODAS LAS PÁGINAS** de este formulario, **INCLUSO LAS PÁGINAS EN BLANCO**.
- Si recibió los servicios de un agente de seguros, proporcione su información en el espacio indicado.
- Incluya toda la documentación de apoyo.
- Adjunte la sentencia firmada que le otorga la tutela, de ser el caso.

USE UNO DE LOS SIGUIENTES MEDIOS PARA ENVIAR ESTA SOLICITUD:

CORREO POSTAL	Blue Cross and Blue Shield of Illinois, Attn: Individual Enrollment, P.O. Box 660819, Dallas, TX 75266-0819
FAX	800-279-7419

¿Tiene preguntas? Comuníquese con un agente de seguros o llame sin costo a BCBSIL al **800-477-2000**. Consulte las preguntas frecuentes en relación con la cobertura, los pagos y los servicios incluidos en **discoverbcsil.com**.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
Attn: Office of Civil Rights Coordinator	TTY/TDD:	855-661-6965
300 E. Randolph St., 35th Floor	Fax:	855-661-6960
Chicago, IL 60601	Correo electrónico:	civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, el Coordinador de Derechos Civiles está a sus órdenes.

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building	Portal de quejas:	
Washington, DC 20201	ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf	
	Formularios para presentar quejas:	
	hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html	

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en español bcbsil.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.



中文 Chinese	注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服 务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供 商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujurati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓક્ટોલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníłt'ígogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahíł hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóo bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjí' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.
فارسي Farsi	توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تاپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomocę i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.