



Una división de Health Care Service Corporation,  
a Mutual Legal Reserve Company,  
licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association  
300 East Randolph Street, Chicago, IL 60601

# Solicite una cobertura dental **Blue Dental Plus**<sup>SM</sup>.



Para que lo consideren para contratar esta cobertura, usted debe estar inscrito en las Partes A y B de Medicare, y debe residir en Illinois.

## Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de hacer lo siguiente:

- Responda **todas** las preguntas.
- Incluya los detalles de los pagos.
- Firme la solicitud.
- Escriba todas las respuestas en letra de imprenta con **tinta azul o negra**.
- Si necesita cambiar alguna respuesta, tache lo que tenga que cambiar y añada sus iniciales seguido de la respuesta nueva. No use cinta ni líquido correctores.

## Información personal

### Solicitante<sup>1</sup>

**Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido**

**Dirección donde reside:** Calle, Ciudad, Estado, Código Postal (no se permite un apartado postal)

**Condado**

**Dirección postal** (si es diferente a la dirección donde reside)

**N.º de Seguro Social**

**Sexo**  M  F

**Fecha de nacimiento**

**Número de teléfono**

## Elección de cobertura dental

Revise sus opciones a continuación, **seleccione UNA sola cobertura e ingrese una fecha de entrada en vigor solicitada:**

| Blue Dental Plus                  | Deducible por persona | Fecha de entrada en vigor |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estándar | \$75                  | ___/01/___                |
| <input type="checkbox"/> Premier  | \$50                  | ___/01/___                |

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir un descuento si está inscrito en una póliza Suplementaria de Medicare de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL). El descuento es del 5%.

¿Está solicitando este descuento?  S  N

Si la respuesta es sí, proporcione su número de asegurado principal de la póliza Suplementaria de Medicare de BCBSIL: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Mayores de 18 años.

## Declaración de representación (opcional)

Al contratar una cobertura dental de Blue Cross and Blue Shield of Illinois, 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 remplace 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 si es necesario. 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.

|  |              |
|--|--------------|
| <b>Firma para conceder la representación del Solicitante principal (interesado):</b><br><b>AVISO:</b> Es obligatorio firmar la página 3 para rellenar esta solicitud, independientemente de que firme para conceder su representación. | <b>Fecha</b> |
| <b>Escriba su nombre en letra de imprenta tal como lo firmó:</b>   |              |

## Formas de pago

### Opción de pago (Seleccione una opción de pago)

1. Pago de prima **mediante transferencia electrónica bancaria** (elijá una):  Cuenta de cheques  Cuenta de ahorros

Nombre del titular de la cuenta:

Nombre del banco:

Número de ruta bancaria:

Número de cuenta bancaria:

Firma del titular de la cuenta (si no es el solicitante)

### Acuerdo de autorización de débito bancario

Con mi firma en esta solicitud, solicito y autorizo que BCBSIL o su entidad designada obtenga los pagos con vencimiento mediante cobros a mi cuenta de cheques o de ahorros, ya sea con cheques, giros contra cuenta corriente o cargos debitados electrónicamente; y solicito y autorizo que la Institución financiera aquí nombrada acepte y haga válida esta autorización. Entiendo que esta solicitud de cobertura no se trata de una cobertura médica disponible como prestación laboral (grupal) y no pretende ser, de ninguna manera, un seguro de gastos médicos patrocinado por algún empleador. Certifico que los empleadores de aquellos que soliciten cobertura no aportarán ninguna parte de la prima ni proporcionarán reembolso de ninguna parte de la prima ahora o en el futuro. También entiendo que tanto la institución financiera como BCBSIL se reservan el derecho de finalizar este programa de pagos o mi participación en el mismo. Para hacer un cambio de institución financiera de la que se efectúan los pagos, entiendo que tendré que proporcionar un aviso por teléfono a BCBSIL con al menos 10 días de anticipación a la fecha de retiro programada. Autorizo que BCBSIL deduzca los pagos de la prima de mi cuenta de cheques o de ahorros. Si la fecha del débito cae en un día no laborable o en un día feriado, el pago de la prima se deducirá de mi cuenta el siguiente día laborable.

2.  Facturación de la prima **por correo postal**

### Número de beneficiario de Medicare

**Copie el número de beneficiario de Medicare de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Debe proporcionarnos este número para completar su proceso de solicitud.**

Número de beneficiario de Medicare

Fecha de entrada en vigor de la Parte A:

Fecha de entrada en vigor de la Parte B:

## Reconocimientos y firma

1. Por la presente, solicito cobertura y una copia de la póliza indicada para revisarla.
2. Entiendo que, una vez recibido mi primer pago de la prima, tendré cobertura a partir de la fecha en la tarjeta de asegurado de la Compañía. Los servicios tienen cobertura solo cuando se reciben en la fecha de entrada en vigor de la póliza elegida o después de esa fecha.
3. Por la presente, reconozco que las declaraciones y las respuestas en esta solicitud son verdaderas y están completas a mi leal saber y entender. Acepto que la Compañía, al creer en su veracidad, confiará y actuará en consecuencia. Por la presente, acepto proporcionar cualquier información adicional, en caso de ser solicitada.
4. Entiendo que la Compañía tiene derecho a rechazar mi solicitud. Si la Compañía rechaza mi solicitud, seré notificado por escrito. Si esta solicitud se acepta, formará parte de la póliza de seguro.
5. Reconozco que cualquier persona que a sabiendas y con la intención de causar daño, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora, presente cualquier reclamación por los ingresos de una póliza de seguro que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa podría ser culpable de un delito.
6. Reconozco que cualquier agente de seguros que actúe en mi nombre para contratar un seguro y que, si la Compañía acepta esta solicitud y emite una póliza para particulares, la Compañía puede pagarle al agente de seguros una comisión u otra forma de compensación relacionada con la emisión de dicha póliza para particulares.
7. Reconozco que si deseo información adicional sobre cualquier comisión u otra forma de compensación que la Compañía le pague al agente de seguros por la emisión de la póliza particular, me comunicaré con el agente de seguros.

## Lea y firme

**Con su firma, este documento se convierte en un contrato una vez procesado por completo**

|   |                  |
|---|------------------|
| <b>Firma del solicitante</b>  | <b>Fecha</b>     |
| <b>Si un representante personal firma esta autorización en nombre de una persona, rellene lo siguiente:</b>   |                  |
| <b>Nombre del representante personal</b> (escriba en letra de imprenta)   | <b>Relación:</b> |
| <b>¿Autoriza que otro adulto cuyo nombre aparezca en este documento responda preguntas en relación con este documento?</b> Si usted es el representante legal, adjunte la sentencia firmada. Si usted tiene el poder notarial, envíe esa documentación. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |                  |

## ¿Recibió los servicios de un agente?

### Sección para los agentes (si corresponde)

Declaro lo siguiente:

- Entregué la solicitud al Solicitante para que la rellene o personalmente hice las preguntas y anoté las respuestas tal como se respondieron.
- Entregué material por escrito para explicarle los beneficios al Solicitante. Entre ellos, se incluye la información sobre los servicios sin cobertura y cualquier información especial sobre la cobertura.
- He revisado los documentos requeridos de la cobertura con el Solicitante. Entre ellos, se incluyen las Declaraciones de divulgación, previa solicitud.

|   |                                  |                                  |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Firma del agente de seguros</b>                | <b>Fecha</b>                     | <b>Identificación del agente</b> |
| <b>Nombre del agente en letra de imprenta</b>     | <b>N.º telefónico del agente</b> |                                  |
| <b>Dirección de correo electrónico del agente</b> |                                  |                                  |

# Envíenos su solicitud.

**Para asegurarse de que su documento se procese lo más rápido posible, no olvide hacer lo siguiente:**



- Firme el documento.
- Envíe todas las páginas, incluso si las deja en blanco.
- Si recibió los servicios de un agente en BCBSIL, proporcione su información en el espacio indicado.

## Envío por correo postal

### Devuelva esta solicitud a su agente de seguros o envíela a:

Blue Medicare Supplement  
c/o Member Services  
P.O. Box 3388  
Scranton, PA 18505

## ¿Tiene alguna pregunta?

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su agente o con BCBSIL sin costo llamando al 877-384-9307.

## Incluya toda la documentación necesaria al presentar esta solicitud.

Si usted es el representante legal, adjunte la sentencia firmada. Llame al 877-384-9307 si tiene preguntas sobre lo que significa ser uno de nuestros asegurados, los pagos y los beneficios.