



## Solicitud para una póliza de Seguro Suplementario de Medicare

### Instrucciones

1. A fin de ser considerado para recibir cobertura, debe contar con las coberturas de las Partes A y B de Medicare, residir en Montana y cumplir con los demás requisitos incluidos en esta solicitud.
2. Si va a enviar una solicitud impresa, complétela con bolígrafo. Firme y escriba la fecha en las líneas correspondientes en las páginas 6, 7 y 12. ¡No envíe dinero ahora! No debe efectuar ningún pago hasta que tenga la oportunidad de revisar la póliza y decida si la cobertura es la adecuada para usted.

**Elección de cobertura:** Marque una casilla para solicitar una póliza de Seguro Suplementario de Medicare. Si no cuenta con las coberturas de las Partes A y B de Medicare, no es elegible para estas coberturas.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cobertura A                    | <input type="checkbox"/> Cobertura G con deducible alto      |
| <input type="checkbox"/> Cobertura F                    | <input type="checkbox"/> Cobertura G Plus                    |
| <input type="checkbox"/> Cobertura F con deducible alto | <input type="checkbox"/> Cobertura G Plus con deducible alto |
| <input type="checkbox"/> Cobertura G                    | <input type="checkbox"/> Cobertura N                         |

Complete toda la sección "Historial clínico" si solicita cobertura después de que haya terminado el plazo para solicitar cobertura de la Parte B de Medicare.

Fecha de vigencia solicitada para esta póliza: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**(Fecha sujeta a la aprobación de Blue Cross and Blue Shield of Montana; elija el día 1 o el 15 del mes)**

Aviso: Las coberturas F y F con deducible alto solo están disponibles para usted si cumplió con los requisitos de Medicare antes de 2020.

### Información del solicitante

|   |                      |                     |  |                     |                     |
|---|----------------------|---------------------|--|---------------------|---------------------|
| Nombre  |                      | Segundo nombre      |  | Apellido            |                     |
| Domicilio (No se acepta apartado de correos)  |                      | Ciudad              |  | Estado<br><b>MT</b> | Código postal       |
| Dirección de correspondencia/facturación  |                      | Ciudad              |  | Estado              | Código postal       |
| Teléfono principal  |                      | Teléfono secundario |  | Edad                | Fecha de nacimiento |
| Sexo:<br><input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer   | N.º de Seguro Social |                     |  | Correo electrónico  |                     |
| Medio de comunicación preferido: <input type="checkbox"/> correo postal <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> correo electrónico |                      |                     |  |                     |                     |

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

### Consumo de tabaco

Blue Cross and Blue Shield of Montana (BCBSMT) define a un consumidor de tabaco como una persona que consume o ha consumido algún producto de tabaco en los últimos 6 meses antes de la fecha de solicitud de cobertura. Esto incluye, entre otros, cigarrillos, cigarros, productos de tabaco sin humo, cigarrillos electrónicos, productos de tabaco solubles y vaporizadores.

En los últimos 6 meses, ¿ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana, sin incluir el consumo por actividades religiosas o ceremoniales?

Sí

No

### Descuentos en las primas

Es posible que haya disponible un descuento en la prima del Suplemento de Medicare de Blue Cross and Blue Shield of Montana. Los criterios de elegibilidad se describen a continuación. Si es elegible para un descuento, el descuento se aplicará a su próxima factura y permanecerá vigente mientras esté inscrito en su plan suplementario de Medicare de BCBSMT. Los descuentos no se pueden combinar; se permite un tipo de Descuento por socio.

### Descuento para cónyuge/pareja

Puede ser elegible para un descuento si se inscribió en una póliza suplementaria de Medicare de BCBSMT emitida con fecha de vigencia a partir del 1 de mayo de 2022 y reside con un cónyuge o pareja de hecho. El descuento es 10%.

¿Está solicitando este descuento?

Sí

No

### Descuento Continue with Blue<sup>SM</sup>

Podría ser elegible para un descuento si solicitó cobertura de una póliza suplementaria de Medicare de BCBSMT emitida con una fecha de entrada en vigor a partir del 1 de mayo de 2023 y de una cobertura de seguro de gastos médicos individual o grupal comercial de Blue Cross and Blue Shield, y esa cobertura estuvo dentro del año de la entrada en vigor de su póliza suplementaria de Medicare de BCBSMT. El descuento es del 7%.

¿Está solicitando este descuento?

Sí

No

**Si la respuesta es si**, proporcione el número de asegurado de su cobertura comercial grupal o particular que tuvo:

### Blue Family Discount<sup>SM</sup>

Podría ser elegible para un descuento si solicitó cobertura de una póliza suplementaria de Medicare de BCBSMT emitida con una fecha de entrada en vigor a partir del 1 de mayo de 2024 y cumple con los criterios para el descuento por hogar con varios asegurados Y el descuento de Continue with Blue. El descuento es del 12%.

¿Está solicitando este descuento?

Sí

No

**Si la respuesta es si**, proporcione el número de asegurado de su cobertura comercial grupal o particular que tuvo:

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

| <b>Opciones de pago</b> (Seleccione una opción)  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>1. Pago de prima por transferencia electrónica bancaria</b> (seleccione una opción):<br><input type="checkbox"/> <b>cuenta de cheques</b> <input type="checkbox"/> <b>cuenta de ahorros</b>   |                            |
| 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)   |                            |
| <b>2. <input type="checkbox"/> Facturación de la prima por correo postal</b>   |                            |
| <b>3. Pagaré mi prima:</b> <input type="checkbox"/> <b>mensualmente</b> <input type="checkbox"/> <b>trimestralmente</b> <input type="checkbox"/> <b>semestralmente</b> <input type="checkbox"/> <b>anualmente</b>  |                            |
| ¿Es empleado en activo de una empresa que empleó a uno o varios empleados por lo menos el 50% de los días hábiles durante el año calendario anterior? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>  |                            |
| ¿El empleador pagará el costo total o parcial de la prima? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b><br><i>Si la respuesta es sí, es posible que no sea elegible para esta cobertura a través de Blue Cross and Blue Shield of Montana (BCBSMT).</i> |                            |

| <b>Número de beneficiario de Medicare</b>   |  |
|---|--|
| <b>Copie el Número de Medicare de su tarjeta de Medicare de color rojo, blanco y azul. Debe proporcionarnos este número para completar el proceso de solicitud.</b>   |  |
| Número de Medicare: <input type="text"/> |  |
| Parte A, la cobertura inicia:                    /  | Parte B, la cobertura inicia:                    / |

**Información sobre la protección al consumidor**

Si perdió o está a punto de perder otra cobertura de seguro médico y recibió un aviso de la compañía de seguros anterior en donde se le informó que es elegible para la emisión garantizada de una póliza de Seguro Suplementario de Medicare, o que tiene ciertos derechos para contratar tal póliza, es posible la aceptación garantizada en una o varias pólizas de Seguro Suplementario de Medicare.

**Incluya una copia del aviso que recibió de la compañía de seguros anterior en su solicitud.**

**Responda a todas las preguntas.**

**A continuación, según su leal saber y entender, marque Sí o No con una "X".**

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Cumplió 65 años en los últimos 6 meses?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Ya cuenta con cobertura de la Parte B de Medicare?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Si la respuesta es sí</b> , ¿cuándo inicia la cobertura?   | Fecha de entrada en vigor:  |                             |
| 3. ¿Tiene cobertura para asistencia médica a través del programa Medicaid del estado? <b>AVISO PARA EL SOLICITANTE:</b> <i>Si participa en un programa de deducción de gastos médicos (Spend-Down Program, en inglés) y aún no cumple con la "porción de los gastos" que le corresponde pagar, responda NO a esta pregunta.</i>   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Marque todas las declaraciones que correspondan:</b><br>Contará con ayuda de Medicaid para pagar las primas de esta póliza de Seguro Suplementario de Medicare.<br>Recibirá beneficios y servicios de Medicaid APARTE DE los pagos para cubrir la prima de la Parte B de Medicare.<br>Está solicitando que se restablezca una póliza suspendida de Seguro Suplementario de Medicare. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Si durante los últimos 63 días contaba con alguna cobertura de Medicare, que no haya sido Original Medicare, (por ejemplo, una cobertura Medicare Advantage o una cobertura HMO o PPO de Medicare) indique las fechas de inicio y finalización. <i>(Si esa cobertura aún sigue vigente, deje la "Fecha de finalización" en blanco).</i>  | Fecha de inicio:            | Fecha de finalización:      |
| a. Si aún tiene la cobertura de Medicare, ¿pretende reemplazar la cobertura vigente con esta nueva póliza de Seguro Suplementario de Medicare?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b. ¿Esta fue la primera vez que tuvo este tipo de cobertura de Medicare?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| c. ¿Dio de baja una póliza Medicare Advantage para solicitar la cobertura de Medicare?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Tiene otra póliza de Seguro Suplementario de Medicare vigente?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| a. <b>Si la respuesta es sí</b> , ¿qué cobertura tiene y qué compañía de seguros emitió la póliza?  |                             |                             |
| _____   |                             |                             |
| b. <b>Si la respuesta es sí</b> , ¿pretende reemplazar la póliza vigente de Seguro Suplementario de Medicare con esta póliza?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Ha tenido cobertura de cualquier otro seguro médico durante los últimos 63 días?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| a. <b>Si la respuesta es sí</b> , ¿qué tipo de póliza tiene y qué compañía de seguros emitió la póliza?<br><i>(Por ejemplo, una cobertura médica de un empleador, sindicato o particular)</i>   |                             |                             |
| _____   |                             |                             |
| b. ¿Cuáles son las fechas de cobertura de esa póliza? <i>(Si esa póliza aún está vigente, deje la "Fecha de finalización" en blanco).</i>   | Fecha de inicio:            | Fecha de finalización:      |

## Declaraciones

1. No necesita tener más de una póliza de Seguro Suplementario de Medicare.
2. Si contrata esta póliza, le recomendamos que evalúe su cobertura médica vigente y decida si necesita más de un tipo de cobertura además de los beneficios y servicios que ya recibe de Medicare.
3. Usted podría ser elegible para recibir beneficios y servicios médicos de Medicaid y, posiblemente, no necesite una póliza del Seguro Suplementario de Medicare.
4. Si cumple con los requisitos de elegibilidad de Medicaid después de contratar esta póliza, las primas y los beneficios y servicios de la póliza del Seguro Suplementario de Medicare pueden suspenderse a solicitud por 24 meses, durante el tiempo que sea elegible para recibir beneficios y servicios a través de Medicaid. Debe solicitar esta suspensión dentro de los 90 días de cumplir con los requisitos de elegibilidad de Medicaid. Al recibir la notificación puntual, el emisor debe rembolsarle al titular de la póliza o del certificado la porción de la prima correspondiente al período de elegibilidad de Medicaid o proporcionar cobertura hasta al final del período para el cual se pagaron las primas, según lo disponga el asegurado, sujeto a ajustes por reclamaciones pagadas. Si deja de ser elegible para Medicaid, la póliza del Seguro Suplementario de Medicare suspendida (o una póliza sustancialmente equivalente si esta ya no está disponible) será restituida si la solicita dentro de los 90 días de la pérdida de elegibilidad de Medicaid.
5. Si es elegible y solicitó una póliza del Seguro Suplementario de Medicare por discapacidad, y después obtiene cobertura médica colectiva a través de un empleador o sindicato, a solicitud, pueden suspenderse las primas y la cobertura de la póliza del Seguro Suplementario de Medicare, mientras la cobertura colectiva que obtuvo a través del empleador o sindicato esté vigente. Si suspende la póliza del Seguro Suplementario de Medicare bajo estas circunstancias y después pierde la cobertura médica colectiva que obtuvo a través de su empleador o sindicato, la póliza del Seguro Suplementario de Medicare suspendida (o una póliza sustancialmente equivalente si esta ya no está disponible) será restituida si la solicita dentro de los 90 días de haber perdido la cobertura médica colectiva que tenía como prestación laboral a través de su empleador o sindicato.\*
6. Servicios de asesoramiento podrían estar disponibles en el estado para asesorarlo sobre la contratación del Seguro Suplementario de Medicare y la asistencia médica disponible a través del programa estatal Medicaid, incluidos los beneficios que puede obtener como Beneficiario calificado de Medicare (*Qualified Medicare Beneficiary*, QMB) y Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (*Specified Low-Income Medicare Beneficiary*, SLMB). Para informarse sobre los requisitos de elegibilidad de Medicaid, llame a la oficina del Seguro Social en su localidad. Si tiene preguntas sobre las pólizas de Seguro Suplementario de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

\* Si la póliza del Seguro Suplementario de Medicare incluía cobertura para medicamentos con receta para pacientes externos y usted cuenta con la cobertura de la Parte D de Medicare mientras que la póliza estaba suspendida, la póliza restituida no incluirá cobertura para medicamentos con receta para pacientes externos, pero será sustancialmente equivalente a la cobertura que tenía antes de la suspensión de la póliza.

## ¿Tiene preguntas?

Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número para llamadas sin costo, **855-520-1577**, llame a su agente al número que aparece en la página 8 o visite **[www.bcbsmt.com](http://www.bcbsmt.com)**.

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

**Declaración de representación (Proxy)**

El abajofirmante por este medio nombra a la Junta Directiva de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, o a cualquier sucesor de la misma ("HCSC"), con pleno poder de sustitución, y a las personas que la Junta Directiva pueda nombrar por medio de una resolución, como el representante del abajofirmante para actuar en su nombre en todas las reuniones de asegurados de HCSC (y en todas las reuniones de asegurados de cualquier sucesor de HCSC) y cualquier aplazamiento de las mismas, con pleno poder para votar en nombre del abajofirmante sobre todos los asuntos que puedan surgir en cualquiera de esas reuniones y cualquier aplazamiento de las mismas. La reunión anual de asegurados se tiene que llevar a cabo cada año en la sede corporativa (300 E. Randolph St., Chicago, Illinois 60601) el último martes de octubre a las 12:30 p. m. Se puede convocar a reuniones especiales de asegurados siempre y cuando se les notifique por correo a más tardar 30 días antes de la reunión, pero no con más de 60 días de anticipación. Esta representación se mantendrá vigente hasta que el abajofirmante la revoque por escrito al menos 20 días antes de cualquier reunión de asegurados o que el abajofirmante asista y vote en persona en cualquier reunión anual o especial de asegurados.

Firma del solicitante (opcional):

Escriba el nombre que usó en la firma en letra de molde:

Fecha:        /        /

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

### Afirmaciones y firma

1. Por este medio solicito cobertura y una copia de la póliza del Seguro Suplementario de Medicare indicada.
2. Entiendo que una vez que se reciba mi pago para la primera prima tendré cobertura a partir de la fecha que aparece en la tarjeta de asegurado de la Compañía de seguros. Una vez que inicie la cobertura, entiendo que tengo 30 días para devolver los materiales de la póliza y recibir un reembolso completo por cualquier prima pagada. Los servicios tienen cobertura solo cuando se reciben a partir de la fecha solicitada para la entrada en vigor de la póliza o en una fecha posterior, excepto los servicios para la admisión de un paciente que haya iniciado antes de la fecha de entrada en vigor que pudiera ser responsabilidad de otra cobertura según las reglas aplicables para la coordinación de cobertura.
3. Por este medio, declaro que las declaraciones y respuestas en esta solicitud, incluidas las respuestas relacionadas con la edad y el historial clínico, entre otras, son verdaderas y están completas según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo con que la Compañía dependa y actúe según sea necesario confiando en que estas son verdaderas. Por este medio, estoy de acuerdo en proporcionar cualquier información adicional, si es solicitada.
4. Entiendo que la Compañía de seguros tiene el derecho de rechazar mi solicitud. Si la Compañía rechaza mi solicitud, recibiré una notificación por escrito. Si esta solicitud es aceptada, esta será parte de la póliza de seguro.
5. Reconozco que he leído y entendido la sección de Declaraciones relacionadas con la cobertura del Seguro Suplementario de Medicare. ADVERTENCIA: 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 es culpable de un delito.
6. Reconozco que cualquier agente de seguros que actúe en mi nombre para contratar el seguro, y si la compañía acepta esta solicitud y emite una póliza individual, la Compañía de seguros podría pagarle al agente de seguros una comisión o compensación por la póliza individual contratada.
7. Reconozco que, si deseo información adicional con respecto a cualquier comisión o remuneración que la Compañía de seguros le haya pagado al agente de seguros por la emisión de la póliza individual, yo debo comunicarme con el agente de seguros.
8. Reconozco que he recibido una copia de la guía para solicitar el Seguro Suplementario de Medicare (*Medicare Supplement Buyer's Guide*).

### Firma obligatoria

Debe firmar con bolígrafo y escribir la fecha para evitar retrasos en el procesamiento de la solicitud. En caso de Poderes y Tutelas, envíe copias de los documentos judiciales con la solicitud.

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| Solicitante: _____ | Fecha:     /     / |
|--------------------|--------------------|

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

**Información del agente de seguros (Si corresponde)**

*Un agente de seguros debe completar la siguiente información si el Solicitante contrata la cobertura a través de un agente de seguros.*

Enumere cualquier otra cobertura o póliza de seguro de gastos médicos que hayan sido vendidas al solicitante y que aún estén vigentes:

Enumere cualquier otra cobertura o póliza de seguro de gastos médicos que hayan sido vendidas al solicitante dentro de los últimos cinco (5) años y que ya no estén vigentes:

He confirmado que la información proporcionada en esta solicitud es precisa y está completa.

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Firma del agente:                      | Fecha:        /        /      |
| Escriba el nombre:                     | Código del corredor:          |
| Nombre de la agencia (Si corresponde): | Número telefónico del agente: |

**CONTINÚE EN ESTA PÁGINA SI NO ES LA PRIMERA VEZ QUE ES ELEGIBLE PARA SOLICITAR COBERTURA DE MEDICARE DEBIDO A LA EDAD O ALGUNA DISCAPACIDAD.**

**Garantía de emisión por elegibilidad**

Conteste las preguntas de la 1 a la 10, marcando Sí o No con una "X". Si responde a cualquier pregunta con un "Sí" y si está solicitando cobertura antes del día 63 después de que terminó su cobertura, es elegible para la emisión garantizada de esta póliza de Seguro Suplementario de Medicare. Si es elegible para la emisión garantizada de esta póliza, no complete las preguntas en la sección "Historial clínico y preguntas médicas" que inician en la página 11. Proceda a la página 12 y firme la Autorización médica.

**¿Ha estado en alguna de las situaciones descritas a continuación y en la página siguiente?**

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <p><b>1.</b> La persona cuenta con una cobertura como prestación social para empleados que ofrece servicios médicos que complementan la cobertura que recibe de Medicare y la cobertura finaliza o deja de proporcionarle todos esos servicios médicos suplementarios a la persona; o la persona cuenta con una cobertura como prestación social para empleados que es la cobertura principal con respecto de Medicare y la cobertura finaliza o deja de proporcionar todos los servicios médicos a la persona porque la persona dio de baja la cobertura.</p>   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <p><b>2.</b> La persona cuenta con una cobertura, conforme a la Parte C de Medicare, proporcionada por una organización Medicare Advantage, y se aplica cualesquiera de las siguientes circunstancias; o bien, la persona es mayor de 65 años y cuenta con cobertura a través de una organización que ofrece el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) conforme a la sección 1894 de la Ley de Seguridad Social, y se aplican circunstancias similares a las descritas a continuación que permitirían la suspensión de la cobertura con dicha organización si esa persona tuviera una cobertura Medicare Advantage: <b>(A)</b> la certificación de la organización o cobertura se cancelaron; o <b>(B)</b> la organización canceló o, de otro modo, suspendió la prestación de la cobertura en el área en la que reside la persona; <b>(C)</b> la persona ya no cumple con los requisitos para elegir la cobertura debido a un cambio en el lugar de residencia u otro cambio en las circunstancias especificadas por la Secretaría, pero, no incluye la cancelación de la cobertura según lo descrito en la sección 1851 (g) (3)(B) de la Ley de Seguridad Social (debido a la falta de pago oportuno de las primas o al comportamiento problemático según lo especificado en los estándares de la sección 1856), o la cobertura finalizó para todas las personas en determinada área de residencia; <b>(D)</b> la persona demuestra, conforme a las pautas establecidas por la Secretaría, que (i) la organización que ofrecía la cobertura violó considerablemente una cláusula importante del contrato de la organización conforme al Código de los Estados Unidos (U.S.C., en inglés), Título 42, Capítulo 7, Subcapítulo XVIII, de la Parte D en relación con la persona, incluido el hecho de no haber proporcionado, de forma oportuna, la atención médicamente necesaria incluida en la cobertura o el hecho de no haber proporcionado dicha atención con cobertura según los estándares de calidad correspondientes; o (ii) la organización o el agente de seguros u otra entidad que actúa en nombre de la organización distorsionaron significativamente las estipulaciones de la cobertura al tratar de vendérsela a la persona; o <b>(E)</b> la persona cumple otras condiciones excepcionales que la Secretaría pudiese establecer.</p> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

| <b>Garantía de emisión por elegibilidad</b>   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <p><b>3.</b> La persona cuenta con cobertura mediante una de las entidades enumeradas en los subpárrafos de la (A) a la (D) de este párrafo y la cobertura termina bajo las mismas circunstancias que permitirían la interrupción de la cobertura de una persona conforme al párrafo (2) de esta subsección: <b>(A)</b> una organización elegible con contrato conforme a la sección 1876 de la Ley de Seguridad Social (costo de Medicare); <b>(B)</b> una organización similar que opera conforme autoridad de un proyecto de demostración, vigente durante los períodos anteriores al 1.º de abril de 1999; <b>(C)</b> una organización con un acuerdo conforme a la sección 1833(a)(1)(A) de la Ley de Seguridad Social (cobertura con la opción de prepago para ciertos servicios médicos); o <b>(D)</b> una organización que opera conforme a una póliza Medicare Select; y</p>   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <p><b>4.</b> La persona cuenta con una póliza de Seguro Suplementario de Medicare y la cobertura termina debido a lo siguiente: <b>(A)</b> la insolvencia del emisor o la quiebra de la organización no emisora; o cualquier cancelación involuntaria de la cobertura o de la condición de asegurado conforme a la póliza; <b>(B)</b> el emisor de la póliza violó sustancialmente una disposición material de la póliza; o <b>(C)</b> el emisor, o un agente de seguros u otra entidad que representa al emisor, mal interpretó significativamente las estipulaciones de la póliza al intentar vendérsela a la persona;</p>  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <p><b>5.</b> La persona estaba asegurada con una póliza de Seguro Suplementario de Medicare y canceló la cobertura; y, posteriormente, contrata por primera vez: una cobertura Medicare Advantage para la Parte C de Medicare, a través de una organización Medicare Advantage; una cobertura a través de una organización elegible con un contrato conforme a la sección 1876 de la Ley de Seguridad Social (costo de Medicare); una cobertura de cualquier organización similar que opera conforme a la autoridad de un proyecto de demostración; una cobertura a través de una organización que ofrece el programa PACE conforme a la sección 1894 de la Ley de Seguridad Social; o, una póliza Medicare Select; y la persona la canceló durante los primeros 12 meses de dicha cobertura (período en el que la persona tiene autorización para cancelar la cobertura solicitada posteriormente conforme a la sección 1851 (e) de la Ley de Seguridad Social); -o-</p> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <p><b>6.</b> La persona, luego de solicitar cobertura de la Parte B de Medicare por primera vez a los 65 años o a una edad mayor, solicitó una cobertura Medicare Advantage, conforme a la Parte C de Medicare, o solicitó cobertura de una organización que ofrece el programa PACE conforme a la sección 1894 de la Ley de Seguridad Social y la canceló antes de los 12 meses posteriores de haber iniciado la cobertura.</p>  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <p><b>7.</b> La persona solicitó cobertura de la Parte D de Medicare durante el período inicial de inscripciones y, al momento de solicitarla, contaba con una póliza de Seguro Suplementario de Medicare que incluía cobertura para medicamentos con receta para pacientes externos; luego, la persona canceló la póliza de Seguro Suplementario de Medicare y presentó evidencia de cobertura de la Parte D de Medicare junto con la solicitud para obtener una póliza descrita en la subsección (c)(4) de esta sección.</p>  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <p><b>8.</b> La persona dejó de cumplir con los requisitos para participar en el programa de beneficiarios de Medicare o del Título XIX de la Ley de Seguridad Social (Medicaid) debido a cambios en los ingresos o condiciones que lo hacen elegible.</p>  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <p><b>9.</b> La persona perdió la cobertura que tenía a través de MCHA mientras contaba con las Partes A y B de Medicare o era elegible para estas.</p>   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <p><b>10.</b> La persona cuenta con las Partes A y B de Medicare o cumple con los requisitos para obtenerlas por discapacidad.</p>  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

**Historial clínico y preguntas médicas**

**Aviso:** Si es elegible para la emisión garantizada de un seguro de gastos médicos o para un Período de inscripciones, no tiene la obligación de responder las preguntas siguientes sobre su salud. (Continúe en la página 12).

**Responda a las siguientes preguntas sobre su historial clínico.**

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>1.</b> Cuando cumplió con los requisitos de Medicare por primera vez, ¿fue debido a una discapacidad o enfermedad renal terminal?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>2.</b> En los últimos 3 años, ¿ha sido diagnosticado, tratado, hospitalizado o se le ha recomendado algún tratamiento para que sea administrado por un médico u otro profesional de salud, incluida cualquier terapia de fármacos, por alguno de los siguientes motivos:   |                             |                             |
| <b>a.</b> diabetes que causó amputación, pérdida de la vista o complicaciones que afectan la función renal;   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>b.</b> trasplante de órganos o tejido (excepto de córnea);   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>c.</b> cáncer (excluyendo cánceres de la piel de células basales y de células escamosas);  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>d.</b> leucemia o la enfermedad de Hodgkin;  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>e.</b> derrame cerebral, accidente isquémico transitorio (TIA, en inglés) o derrame cerebral leve;   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>f.</b> enfermedad de Alzheimer, senilidad, demencia o trastorno cerebral;  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>g.</b> enfermedad de Parkinson;  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>h.</b> enfermedad arterial carótida, ataque cardíaco o intervención de baipás ( <i>bypass</i> , en inglés) o angioplastia;   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>i.</b> insuficiencia cardíaca congestiva o remplazo de la válvula cardíaca;  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>j.</b> nefritis o insuficiencia renal;   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>k.</b> cirrosis o hepatitis C;   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>l.</b> esclerosis múltiple o trastornos neuromusculares;   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>m.</b> esclerosis lateral amiotrófica (ALS, en inglés, o enfermedad de Lou Gehrig);  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>n.</b> enfermedad respiratoria o pulmonar que requiere el uso de oxígeno;  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>o.</b> dependencia del alcohol o de sustancias químicas?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>3.</b> En los últimos 3 años, ¿algún miembro de la profesión médica le brindó tratamiento o lo diagnosticó con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) (AIDS), complejo relacionado con el sida (AIDS Related Complex, ARC, en inglés) o infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (HIV, en inglés)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>4.</b> En los últimos dos años, ¿le han recomendado someterse a diálisis renal, realizarse algún remplazo de articulaciones o someterse a una intervención quirúrgica para el corazón, las arterias o los intestinos que aún no se hayan realizado?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>5.</b> En los últimos dos años, ¿ha sido hospitalizado al menos dos veces o ha sido internado en un asilo o cualquier otro centro médico por al menos 14 días?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

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

| <b>Historial clínico y preguntas médicas</b>  |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>6.</b> ¿Actualmente está confinado o le recomendaron estar confinado en una cama, un hospital, un centro de enfermería u otro centro médico durante los próximos 6 meses o necesita una silla de ruedas o ayuda de una agencia que ofrece atención médica a domicilio?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>7.</b> ¿Necesita o recibe ayuda de otra persona para realizar alguna de las siguientes actividades debido a un problema de salud o dificultad física?<br>• tomar medicamentos<br>• comer<br>• caminar<br>• bañarse<br>• vestirse<br>• ir al baño<br>• desplazarse de un lugar a otro en su hogar<br>• acostarse y levantarse de la cama o sentarse y pararse de las sillas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

| <b>Autorización médica</b>   |                          |
|--|--------------------------|
| <p>Yo autorizo que cualquier profesional médico, hospital, clínica u otro centro, agencia gubernamental o persona o firma médicamente relacionados, divulguen mi información a la Compañía o a sus representantes autorizados, incluyendo copias de expedientes relacionados con el asesoramiento, la atención médica o los tratamientos que yo haya recibido, incluyendo, sin restricciones, información en relación con el consumo de drogas o alcohol. También autorizo la divulgación de información relacionada con enfermedades mentales. Además, autorizo que la Compañía revise e investigue información en sus propios expedientes.</p> <p>Entiendo que mi autorización es voluntaria y que dicha información será utilizada por la Compañía para evaluar mi solicitud para contratar un seguro de gastos médicos. Además, entiendo que mi autorización es obligatoria para que la Compañía considere mi solicitud y determine si se me ofrecerá o no cobertura. Sin mi autorización firmada, mi solicitud no será tomada en cuenta. Yo entiendo que la Compañía puede volver a divulgar la información obtenida con mi autorización según lo permita o requiera la ley y ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo que yo o cualquier otro representante autorizado recibiremos una copia de esta autorización si la misma es solicitada. Esta autorización es válida por 24 meses a partir de la fecha en que se firmó, a menos que yo la revoque por escrito, lo cual puedo hacer en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a la Compañía. Cualquier revocación no afectará las actividades realizadas por la Compañía antes de recibir la revocación.</p> |                          |
| <b>Firma obligatoria</b><br><i>Debe firmar <b>con bolígrafo</b> y escribir la fecha para evitar retrasos en el procesamiento de la solicitud.</i>  |                          |
| Solicitante: _____   | Fecha:        /        / |

## ¿Tiene preguntas?

Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número para llamadas sin costo, **855-520-1577**, llame al agente de seguros al número que aparece en la página 8 o visite **www.bcbsmt.com**.

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

## Lista de verificación

- Firme las páginas 6, 7 y 12.
- Si está recibiendo los servicios de un agente de seguros, el agente debe firmar la página 8 (si corresponde).
- Responda toda la sección "Historial clínico y preguntas médicas" en las páginas 11 y 12.
- Asegúrese de que la fecha de inicio de la cobertura, solicitada en la página 1, sea el día 1 o 15 del mes.

### **Devuelva esta solicitud a su agente de seguros o envíela por correo a la siguiente dirección:**

Blue Cross and Blue Shield of Montana

c/o Member Services

P.O. Box 3897

Scranton, PA 18505

Fax: 855-426-5344

Blue Cross and Blue Shield of Montana, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare.