

**ELEGIBILIDAD: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

Para fines de coordinación de beneficios, ¿alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud estará cubierta por otro plan o contrato **en el momento en que esta póliza entre en vigor**? Si contestó que sí, proporcione la siguiente información. Use hojas adicionales si es necesario.

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO O DEPENDIENTE		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA OTRA COBERTURA (MM/DD/AAAA) MM/DD/AAAA
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		NÚMERO DE PÓLIZA, IDENTIFICACIÓN, CONTRATO O CERTIFICADO
NÚMERO DE GRUPO	TIPO DE COBERTURA: <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR	

**ELEGIBILIDAD: MEDICARE**

¿Alguna de las personas que se inscribirán en el seguro está inscrita en cualquier parte de Medicare (Partes A, B, C o D)?

SÍ  NO

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona:

**NÚMERO DE MEDICARE**

Podría convenirle inscribirse en un suplemento de Medicare o en un plan Medicare Advantage. Visítenos en [bcbsalmedicare.com](http://bcbsalmedicare.com) para ver sus opciones.

**PAGOS Y FACTURACIÓN**

Solamente aceptaremos los pagos de sus primas si provienen de su cuenta personal (**no empresarial**). Las primas se pagan por adelantado, de manera mensual.

**PRIMA** – Me comprometo a pagarles por adelantado la prima mensual, por el importe debido, a más tardar el 1.º día de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Seleccione un método automático de pago O un método de facturación. **De no seleccionar un método automático de pago O un método de facturación, se retrasará el procesamiento de su solicitud.**

**MES PREFERENTE DE ENTRADA EN VIGOR**

MES

MM/AAAA

Tome en cuenta que si su mes preferente de entrada en vigor no está disponible por cualquier motivo, su contrato entrará en vigor el siguiente mes disponible, de acuerdo con los lineamientos aplicables.

**MÉTODO DE PAGO AUTOMÁTICO**

Seleccione **UN** método de pago.

Cheque electrónico

Débito

Tarjeta de crédito

*Llene el acuerdo de autorización de pago que se adjunta y entréguelo junto con esta solicitud. Si se aprueba, su pago se cargará cada mes a su cuenta. La implementación del pago automático puede tardar hasta 30 días. Recibirá una factura por sus primas hasta que se establezca su método de pago. Se le enviará una notificación de cortesía por correo electrónico.*

*Solamente si paga con cheque electrónico, envíe por correo un cheque anulado en blanco a:*

**Blue Cross and Blue Shield of Alabama**  
Attention: Payment Processing Department  
P.O. Box 11551  
Birmingham, Alabama 35282-9722

**MÉTODO DE FACTURACIÓN**

Seleccione **UN** método de facturación

Estado de cuenta electrónico

*Recibirá una notificación por correo electrónico cada mes, cuando su estado de cuenta de facturación esté disponible. Se requiere una dirección de correo electrónico.*

Estado de cuenta de facturación

*Recibirá un estado de cuenta de facturación cada mes, que incluye una factura que debe devolver con el pago de su prima. Se le enviará una notificación de cortesía por correo electrónico.*

**AVISO DE ARBITRAJE VINCULANTE**

**EL CONTRATO QUE ESTÁ SOLICITANDO INCLUYE ARBITRAJE DEFINITIVO Y VINCULANTE. ESO SIGNIFICA QUE TODOS LOS DESACUERDOS QUE NO SE RESUELVAN MEDIANTE EL PROCESO DE REVISIÓN EXTERNA QUE SE DESCRIBE EN EL FOLLETO DEL PLAN DE SALUD SERÁN RESUELTOS POR UN ÁRBITRO, Y NO POR UN TRIBUNAL. LA DECISIÓN DEL ÁRBITRO ES VINCULANTE. UN ÁRBITRO ES UNA PARTE INDEPENDIENTE Y NEUTRAL QUE TOMA UNA DECISIÓN DESPUÉS DE ESCUCHAR A AMBAS PARTES. LA DECISIÓN DEL ÁRBITRO NO PUEDE SER REVISADA POR UN TRIBUNAL, SALVO EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS QUE SE DESCRIBEN EN EL CONTRATO. EL ÁRBITRO FUNGE COMO JUEZ Y JURADO. AL FIRMAR ABAJO, USTED SE COMPROMETE A RESOLVER TODOS LOS DESACUERDOS MEDIANTE ARBITRAJE Y NO MEDIANTE UN JUICIO EN UN TRIBUNAL.**

**ACUERDO DE ARBITRAJE - DESPUÉS DE LEER EL PRESENTE TEXTO, ACEPTO LAS DISPOSICIONES SOBRE ARBITRAJE DEL CONTRATO.**

Reconozco con mi firma que he leído y entendido el anverso y reverso de esta solicitud, que todas las declaraciones que he hecho son veraces y completas, y que me comprometo a someterme a arbitraje vinculante en lo referente al plan de salud que se describe en esta solicitud y en mi folleto del contrato del plan de salud Blue Cross and Blue Shield of Alabama.

**ESTA SOLICITUD NO ESTÁ COMPLETA HASTA QUE ESTÉ FIRMADA Y FECHADA.**

FIRMA DEL SOLICITANTE

BLUE CROSS AND BLUE SHIELD - COPIA

MM/DD/AAAA

FECHA DE LA FIRMA  
SOLICITANTE - COPIA

