

PARTE 2 – SELECCIÓN DE PLANES COMPLEMENTARIOS

Usted también puede comprar un plan dental y/o seguro de vida para suplementar su cobertura médica. **OBSERVACIÓN:** Los planes de Emisión Garantizada no califican para las opciones de cobertura de seguro de vida.

Opciones del plan dental (marcar una): Dental HMO (DHMO) Dental PPO (DPPO) Ningún plan dental
 Si se trata de una HMO Dental (visite blueshieldca.com para encontrar un proveedor dental o llame al (800) 431-2809 si tiene preguntas):
 Nombre del Proveedor Dental: _____ N.º del Proveedor Dental: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Opciones de Seguro de Vida* (marcar una): Los solicitantes menores de un año no califican para el seguro de vida. Estas opciones solo corresponden al solicitante primario. Los solicitantes de YouthCare pueden hacer una solicitud para las opciones de seguro de vida de hasta \$30,000 y su cónyuge/compañero doméstico puede hacer una solicitud para las opciones de seguro de vida de hasta \$90,000 en la Parte 3 de esta solicitud.
 \$10,000 (solicitantes de 1-64 años) \$30,000 (solicitantes de 1-64 años) \$60,000 (solicitantes de 19-49 años)
 \$90,000 (solicitantes de 19-49 años) Ningún Seguro de Vida
 La información de beneficiario corresponde solo al solicitante primario. Si usted no ha indicado un beneficiario y se emite la póliza, los beneficios de muerte se pagarán de acuerdo con la póliza. El porcentaje indicado debe ser un total del 100%.
 Beneficiario: _____ Relación _____ Edad _____ Ciudad/Estado _____ (%) _____
 Beneficiario: _____ Relación _____ Edad _____ Ciudad/Estado _____ (%) _____

PARTE 3 – INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES – Anote a todos los miembros de su familia que quiera cubrir. Los hijos dependientes deben ser menores de 19 años, o menores de 23 si son estudiantes de tiempo completo y no están casados ni conviviendo con un compañero doméstico. Observación: si considera un plan médico separado para sus dependientes, ellos serán elegibles para seleccionar cualquiera de los planes dentales o de seguro de vida que se detallan a continuación. Los dependientes se considerarán solicitantes principales para cada nuevo plan elegido.

Solo para la HMO, elija a un Médico Personal para cada miembro de su familia de la Red de Hospitales y Médicos HMO de Blue Shield para su área de servicio. Si tiene alguna pregunta, llame al (800) 424-6521. Para la HMO Dental: elija a un Proveedor Dental del Directorio de Proveedores Dentales de la HMO Dental. Si tiene alguna pregunta sobre su selección de un Proveedor Dental, llame al (800) 431-2809. Visite blueshieldca.com para encontrar a un Médico Personal o a un Proveedor Dental.

Parentesco	Sexo	Nombre	IN	Apellido	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Estatura (Pies, Pulgadas)	Peso (lb)
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero Doméstico	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							

Planes HMO: Nombre del Médico Personal: _____ N.º del Proveedor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N.º del Grupo Médico/IPA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Marque si es Paciente Actual

Consideren a mi cónyuge/compañero doméstico para un plan por separado **Escoja un plan (marque solo 1 casilla):** Plan Balance: 1000 1700 2500
 Plan Essential: 1750 3000 4500 Plan Active Start: 25 25 Solo MRG[†] 35 35 Solo MRG[†] Plan PPO: 500 750 1500 2000 5000
 Plan PPO Savings: 2400 4000 Access+: Plan Value HMO Plan HMO
Cobertura Dental: HMO PPO **Solo para la HMO Dental:** N.º del Proveedor Dental: | | | | | | | | | | Nombre del Proveedor Dental: _____
Plan de Seguro de Vida opcional: \$10,000 \$30,000 (solicitantes de 1 -64 años) \$60,000 (solicitantes de 19 -64 años) \$90,000 (solicitantes de 19 -49 años)
 Beneficiario _____

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Planes HMO: Nombre del Médico Personal: _____ N.º del Proveedor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N.º del Grupo Médico/IPA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Marque si es Paciente Actual

Por favor consideren a mi hijo/hija para un plan separado de YouthCare **Escoja un plan (marque solo 1 casilla):** Plan Balance: 1000 1700 2500
 Plan Essential: 1750 3000 4500 Plan Active Start: 25 25 Solo MRG[†] 35 35 Solo MRG[†] Plan PPO: 500 750 1500 2000 5000
 Plan PPO Savings: 2400 4000 Access+: Plan Value HMO Plan HMO
Cobertura Dental: HMO PPO **Solo para la HMO Dental:** N.º del Proveedor Dental: | | | | | | | | | | Nombre del Proveedor Dental: _____
Plan de Seguro de Vida opcional para los solicitantes de YouthCare: \$10,000 \$30,000 Beneficiario _____

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Planes HMO: Nombre del Médico Personal: _____ N.º del Proveedor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N.º del Grupo Médico/IPA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Marque si es Paciente Actual

Por favor consideren a mi hijo/hija para un plan separado de YouthCare **Escoja un plan (marque solo 1 casilla):** Plan Balance: 1000 1700 2500
 Plan Essential: 1750 3000 4500 Plan Active Start: 25 25 Solo MRG[†] 35 35 Solo MRG[†] Plan PPO: 500 750 1500 2000 5000
 Plan PPO Savings: 2400 4000 Access+: Plan Value HMO Plan HMO
Cobertura Dental: HMO PPO **Solo para la HMO Dental:** N.º del Proveedor Dental: | | | | | | | | | | Nombre del Proveedor Dental: _____
Plan de Seguro de Vida opcional para los solicitantes de YouthCare: \$10,000 \$30,000 Beneficiario _____

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Planes HMO: Nombre del Médico Personal: _____ N.º del Proveedor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N.º del Grupo Médico/IPA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Marque si es Paciente Actual

Por favor consideren a mi hijo/hija para un plan separado de YouthCare **Escoja un plan (marque solo 1 casilla):** Plan Balance: 1000 1700 2500
 Plan Essential: 1750 3000 4500 Plan Active Start: 25 25 Solo MRG[†] 35 35 Solo MRG[†] Plan PPO: 500 750 1500 2000 5000
 Plan PPO Savings: 2400 4000 Access+: Plan Value HMO Plan HMO
Cobertura Dental: HMO PPO **Solo para la HMO Dental:** N.º del Proveedor Dental: | | | | | | | | | | Nombre del Proveedor Dental: _____
Plan de Seguro de Vida opcional para los solicitantes de YouthCare: \$10,000 \$30,000 Beneficiario _____

Certificación para los estudiantes de 19 años o mayores (deben ser menores de 23 años). Certifico que mi dependiente, cuyo nombre aparece seguidamente, está matriculado actualmente como un estudiante de tiempo completo (no corresponde para los niños de tutores legales). Si usted tiene más de dos dependientes de 19 años o mayores que son estudiantes de tiempo completo, por favor adjunte una hoja adicional con la información necesaria y marque aquí.

Nombre	Horas/semana	Unidades	Colegio/Universidad	Dirección
Nombre	Horas/semana	Unidades	Colegio/Universidad	Dirección

* NOTA: Asegurados por la Blue Shield of California Life & Health Insurance Company. † Medicamentos Recetados Genéricos

PARTE 4 – HISTORIAL MÉDICO – Asegúrese de responder a TODAS las preguntas. Recuerde poner las iniciales en cualquier cambio/corrección que pueda realizar al completar el cuestionario.

¿Durante los últimos 10 años, ha realizado usted o un miembro de su familia alguna consulta profesional o ha recibido algún tipo de tratamiento (incluidos medicamentos recetados) de parte de un profesional médico licenciado relacionado con lo siguiente?

Todas las preguntas se deben marcar (✓) "Sí" o "No". Conteste lo más completa y exactamente posible. En la Parte 6 se deben brindar los detalles completos de cualquier respuesta "Sí" dada.	SÍ	NO
1. ¿El cerebro o el sistema nervioso – tales como migraña, dolor de cabeza; trastorno de ataque repentino; pérdida del conocimiento; epilepsia; parálisis; distrofia muscular; esclerosis múltiple; derrame cerebral; parálisis cerebral; retraso mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El sistema cardiovascular – tales como problemas cardíacos o de válvula; enfermedad de arteria coronaria; ataque cardíaco; soplo cardíaco; pericarditis; prolapso de la válvula mitral; regurgitación mitral; fiebre reumática; palpitaciones; alta presión; falta de respiración; dolor de pecho; colesterol y/o triglicéridos elevados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El sistema circulatorio – tales como várices; enfermedad vascular periférica; flebitis; coágulos sanguíneos; derrame cerebral; enfermedad o trastornos de la sangre (excepto infecciones por el VIH); anemia; nódulos linfáticos agrandados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Las vías respiratorias – tales como asma; enfermedad reactiva del conducto de aire; bronquitis; alergias; sinusitis; enfermedad, trastorno o lesión pulmonar o del sistema respiratorio; enfisema; tuberculosis; toser o esputar sangre; falta de respiración; neumonía; fibrosis cística; fibrosis pulmonar; enfermedad de obstrucción pulmonaria crónica; apnea del sueño? Si ha tenido asma o alergias (trace un círculo alrededor de la frecuencia pertinente): a diario, semanalmente, mensualmente, por temporadas Gravedad (trace un círculo alrededor de una opción): leve, moderada, grave, otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A. ¿El sistema musculoesquelético – tales como dolor, lesión, torceduras u otro problema del cuello, espina dorsal o espalda; ciática; disco(s) herniado(s) o protuberante(s); curvatura de la espina dorsal; escoliosis; cualquier dolor, lesión u otro problema de las coyunturas, huesos o músculos; artritis; artritis reumatoide; síndrome de articulación temporomaxilar (TMJ, por sus siglas en inglés); enfermedad de Lyme; fracturas/soporte físico residual; dislocaciones de las articulaciones; juanetes; dedo del pie en garra; síndrome del canal carpiano; discapacidad física; polio; amputaciones? B. Si ha recibido tratamiento quiropráctico, por favor explique las razones para el tratamiento: _____ Número de tratamientos quiroprácticos durante los últimos seis meses: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿El sistema metabólico – tales como la diabetes; gota; trastornos adrenales o de la tiroides; deficiencias hormonales o del crecimiento; trastornos del sistema inmunológico (excepto infecciones del VIH), tales como: lupus, síndrome de Raynaud, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado al SIDA (ARC, por sus siglas en inglés), o tratamiento para el SIDA/ARC con AZT, HIVID o Pentamidina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Cáncer (maligno) – tales como la leucemia; enfermedad de Hodgkin; melanoma maligno; tumor/quiste; linfoma? Tipo: _____ Si tiene algún tipo de cáncer, trace un círculo alrededor del tipo de tratamiento: quimioterapia, radioterapia, otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Anormalidades congénitas, defectos de nacimiento – tales como el Síndrome Down; parálisis cerebral; labio leporino o paladar hendido; pie torcido; retraso del desarrollo; u otras anomalías neurológicas o físicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alcoholismo y drogadicción o abuso de sustancias? Tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Consejería o tratamiento por síntomas de depresión; depresión maníaca; ansiedad; ataques de pánico; nerviosismo; trastornos emocionales o mentales; esquizofrenia; problemas de comportamiento; hiperactividad; trastorno de deficiencia de concentración; trastornos alimenticios; bulimia; anorexia; drogadicción o alcoholismo o por cualquier otra razón? ¿Está recibiendo consejería actualmente? Si su respuesta es sí, brinde la razón por la cual recibe consejería y su frecuencia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Durante los últimos 5 años, han realizado usted o un miembro de su familia que esté solicitando la cobertura alguna consulta profesional o han recibido algún tipo de tratamiento (incluso medicamentos recetados) de parte de un profesional médico licenciado relacionado con lo siguiente?

Todas las preguntas se deben marcar (✓) "Sí" o "No". Conteste lo más completa y exactamente posible. En la Parte 5 se deben brindar los detalles completos de cualquier respuesta "Sí" dada.	YES	NO
11. Sistema reproductivo masculino – tales como: problemas de próstata; impotencia; problemas en las glándulas mamarias masculinas; ginecomastia; infecciones; herpes; sífilis; gonorrea u otras enfermedades venéreas (excepto infecciones del VIH); o si el solicitante, cónyuge o compañero doméstico, figure o no en la solicitud, recibe o ha recibido tratamiento contra la infertilidad durante los últimos 24 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A. Sistema reproductivo femenino – tales como: problemas en las glándulas mamarias, implantes de pecho, adhesiones, hemorragia anormal, amenorrea, aborto espontáneo y/o provocado; endometriosis; tumores fibrosos, resultados anormales de la prueba de Papanicolau, problemas de ovarios, útero y otras alteraciones asociadas con los órganos femeninos, fecundación in vitro, infecciones, verrugas genitales, herpes, sífilis u otras enfermedades venéreas (excepto infecciones del VIH); o si el solicitante, cónyuge o compañero doméstico, figure o no en la solicitud, recibe o ha recibido tratamiento contra la esterilidad durante los últimos 24 meses. Tipo de implantes (trace un círculo alrededor de uno): salino o de silicona B. ¿Alguna de las mujeres solicitantes entre los 12–55 años de edad menstrúa? 1. Si la respuesta es sí, anote el/los nombre(s) del/de los miembro(s) de la familia: _____; _____; _____ 2. ¿Han pasado más de 40 días desde la última menstruación? _____ 3. Si la respuesta es sí, anote el/los nombre(s) del/de los miembro(s) de la familia: _____; _____; _____ 4. Favor de explicar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿El sistema digestivo – tales como problemas de la boca, lengua, esófago o estómago; úlceras; trastorno de la vesícula biliar; enfermedad del hígado; cirrosis; ictericia; ascitis; pancreatitis; problemas del colon, intestinos o recto; colitis; diarrea crónica; hemorroides; hernias; problemas alimenticios o del peso; hepatitis? Si ha tenido hepatitis, indique el/los tipo(s): A, B, C, otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Las vías urinarias – tales como cólico renal; piedras o gravilla; uretra; vejiga; problemas del riñón o el uréter; infecciones; estrechez; pielonefritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Afecciones de la piel – tales como cáncer de la piel; melanoma; soriasis; queratosis; acné; herpes; verrugas; marcas de nacimiento; quemaduras severas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Problemas o enfermedades de los ojos o la vista, oídos o audición, nariz o respiración, garganta o de tragar – tales como cualquier infección en ojos oídos, nariz o garganta; vista bizca; glaucoma; cataratas; retina desprendida; pólipos; desviación del tabique nasal; exceso de ronquidos; problemas con las amígdalas o los adenoides; apnea del sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Algún resultado anormal de pruebas de laboratorio – tales como: pruebas de sangre; radiografías; EKG; de afección nerviosa; estudios del flujo sanguíneo; MRI; CT; PET u algún otro escanograma (excepto pruebas de detección para los anticuerpos del VIH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Prótesis, implante o retención de soporte físico? Tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 4 – HISTORIAL MÉDICO (continuación) – Asegúrese de responder a TODAS las preguntas. Recuerde poner las iniciales en cualquier cambio/corrección que pueda realizar al completar el cuestionario.

Todas las preguntas se deben marcar (✓) "Sí" o "No". Conteste lo más completa y exactamente posible. En la Parte 6 se deben brindar los detalles completos de cualquier respuesta "Sí" dada.	YES	NO
19. ¿Usted o un miembro de su familia que esté solicitando la cobertura han tomado o se le han ordenado tomar algún(os) medicamento(s) recetado(s) durante los últimos 12 meses? Si la respuesta es que sí, por favor llene la Parte 5 de esta solicitud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. En los últimos 5 años, usted o un miembro de su familia:		
A. ¿Han sido alguna vez paciente internado o ambulatorio en un hospital, centro quirúrgico, sanatorio u otra instalación médica, incluso en una sala de emergencias, o ha tenido alguna cirugía, incluso la angioplastia, la cirugía cosmética/reconstructiva, de derivación o de trasplante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Han sufrido alguna enfermedad, lesión física o algún problema de salud y/o síntoma físico, nuevo o persistente, que no se mencione en ningún lugar de esta solicitud, que no haya sido evaluado o que planean consultarlo con un profesional médico licenciado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Se les ha recomendado, o los han remitido para obtener un examen de un médico, más pruebas, tratamientos o cirugías que todavía no se han llevado a cabo por un médico, dentista u otro proveedor de cuidados de la salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Les ha sido rechazada, revocada, negada, diferida, pospuesta o restringida de alguna manera una solicitud para un seguro médico o de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro de la familia: _____ Fecha: ____/____/____ Por favor explicar: _____		
21. ¿Es usted o algún miembro de su familia que esté solicitando la cobertura miembro actualmente de un grupo de apoyo? Tipo: _____ ¿Por cuánto tiempo?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. <i>Solo para los hombres:</i> ¿Está usted esperando un hijo con alguna persona, aunque la mujer que vaya a dar a luz no esté incluida en esta solicitud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. <i>Para hombres y mujeres:</i> ¿Está la solicitante, cónyuge, compañera doméstica o dependiente, ya sea que esté incluida en esta solicitud o no, embarazada actualmente o en el proceso de adopción o de embarazo suplente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Usted o un miembro de su familia que esté solicitando la cobertura:		
A. ¿Han pedido o recibido una pensión, beneficios o pagos debido a una lesión, enfermedad, discapacidad o indemnización por accidentes laborales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Fumaba cigarrillos? Miembro de la familia: _____ ¿Cuántos paquetes por día?: _____ ¿Durante cuántos años?: _____ ¿Dejó/dejaron de fumar? _____ Si respondió afirmativamente, ¿cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿Toma bebidas alcohólicas? Miembro de la familia: _____ ¿Cuántos tragos por semana?: _____ ¿Durante cuántos años?: _____ ¿Dejó/dejaron de tomar? _____ Si respondió afirmativamente, ¿cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 5 – MEDICAMENTOS RECETADOS ACTUALES O RECIENTES

Si usted contestó con "Sí" a la pregunta 19 en la Parte 4, por favor brinde los detalles de los medicamentos actuales y previos. Si necesita más espacio para brindar la información completa, por favor adjunte una hoja de papel adicional. Asegúrese de identificar al miembro de la familia, incluir toda la información solicitada y **firmar y fechar cada anexo**. Marque aquí para indicar que hay un anexo.

Nombre del miembro de la familia				Fechas desde : ____/____/____ hasta : ____/____/____			
Medicamento	Razón para la receta			Posología		Frecuencia	
Nombre del médico		N.º telefónico		Grupo médico		Especialidad del médico	
Dirección		N.º de oficina	Ciudad		Estado	Código Postal	
Nombre del miembro de la familia				Fechas desde : ____/____/____ hasta : ____/____/____			
Medicamento	Razón para la receta			Posología		Frecuencia	
Nombre del médico		N.º telefónico		Grupo médico		Especialidad del médico	
Dirección		N.º de oficina	Ciudad		Estado	Código Postal	
Nombre del miembro de la familia				Fechas desde : ____/____/____ hasta : ____/____/____			
Medicamento	Razón para la receta			Posología		Frecuencia	
Nombre del médico		N.º telefónico		Grupo médico		Especialidad del médico	
Dirección		N.º de oficina	Ciudad		Estado	Código Postal	

PARTE 7 – ANOTE SUS VISITAS AL CONSULTORIO DE UN PROFESIONAL MÉDICO

¿Usted o algún miembro solicitante de su familia visitaron a un médico, psiquiatra, quiropráctico, médico asistente, enfermera profesional, fisioterapeuta u otro médico profesional licenciado durante los últimos 5 años? Si su respuesta es "SÍ", ingrese los detalles a continuación. Si su respuesta es "NO", marque aquí y diríjase a la Parte 8.
Nota: Se necesitan exámenes para niños menores de 5 años. Se solicitarán los expedientes médicos para TODOS los niños de siete (7) meses y menores.

Nombre del solicitante	Fecha de la visita: ____/____/____	Razón para el examen	Resultados	Condición actual
Nombre del médico		N.º telefónico	Grupo médico	Especialidad del médico
Dirección		N.º de oficina	Ciudad	Estado
				Código Postal
Nombre del cónyuge/compañero doméstico	Fecha de la visita: ____/____/____	Razón para el examen	Resultados	Condición actual
Nombre del médico		N.º telefónico	Grupo médico	Especialidad del médico
Dirección		N.º de oficina	Ciudad	Estado
				Código Postal
Nombre del dependiente	Fecha de la visita: ____/____/____	Razón para el examen	Resultados	Condición actual
Nombre del médico		N.º telefónico	Grupo médico	Especialidad del médico
Dirección		N.º de oficina	Ciudad	Estado
				Código Postal
Nombre del dependiente	Fecha de la visita: ____/____/____	Razón para el examen	Resultados	Condición actual
Nombre del médico		N.º telefónico	Grupo médico	Especialidad del médico
Dirección		N.º de oficina	Ciudad	Estado
				Código Postal

PARTE 8 – COBERTURA MÉDICA ANTERIOR – Por favor conteste cada pregunta.

1. ¿Usted o algún otro miembro solicitante de su familia ha tenido cobertura médica (seguro) dentro de los últimos 63 días? SÍ NO

Si su respuesta es **NO**, diríjase a la Parte 9

Si su respuesta es **SÍ**, rellene lo siguiente:

2. Solicitante	Tipo de Cobertura <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de vigencia: ____/____/____	Fecha de cancelación: ____/____/____	Compañía del Plan de Salud o Administrador COBRA: _____
Cónyuge/Compañero doméstico/Dependiente	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Otro	____/____/____	____/____/____	_____

3. Si usted está solicitando un plan aparte de una HMO ¿tuvo un plan anterior que cubrió cualquiera de las condiciones marcadas como "SÍ" en la Parte 4? SÍ No

Si ese plan anterior terminó dentro de los 63 días de la fecha en que Blue Shield recibe esta solicitud, favor de marcar aquí y entregue un certificado de cobertura meritoria de su compañía de seguro médico anterior. Si se aprueba su solicitud, nosotros aplicaremos su cobertura meritoria anterior para reducir cualquier tiempo de espera sobre su exclusión por condición preexistente con este plan. Vea el folleto Summary of Benefits (Resumen de Beneficios) para más información sobre condiciones preexistentes. Usted puede llamar a Blue Shield al (800) 431-2809 para recibir ayuda sobre cómo obtener un certificado.

4. Si está solicitando un Plan HMO, tenga en cuenta que el embarazo es una Condición Exenta. Los beneficios para servicios del embarazo y la maternidad no están cubiertos durante el período de seis (6) meses a partir de la fecha vigente de la cobertura si recibió opinión médica, diagnóstico, atención o tratamiento en relación con el embarazo, incluso medicamentos recetados por un profesional médico durante los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha vigente de la cobertura, excepto los servicios necesarios para el tratamiento de complicaciones involuntarias del embarazo. Sin embargo, si usted tiene cobertura meritoria anterior y solicita la cobertura dentro de los 63 días después de la cancelación de la cobertura anterior, Blue Shield le acreditará al período de seis meses el período de tiempo que tuvo cobertura bajo su plan anterior. Vea el folleto Summary of Benefits (Resumen de Beneficios) para más información sobre las condiciones exentas. Puede llamar a Blue Shield al (800) 431-2809 para recibir ayuda sobre cómo obtener un certificado.

¡ALTO! ¿DESEA ACELERAR ESTA SOLICITUD? ¿DESEA EVITAR POSIBLES ERRORES QUE CAUSAN DEMORAS EN LA ACEPTACIÓN?

¡CONSULTE A SU AGENTE SOBRE CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO POR INTERNET!

¡INSCRÍBASE PARA REALIZAR SUS PAGOS EN FORMA AUTOMÁTICA Y DEJE DE PREOCUPARSE POR PAGAR SU FACTURA EN TÉRMINO!

PIDA QUE LE DEBITEN SUS CUOTAS/PRIMAS DIRECTAMENTE DE SU CUENTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO O QUE SE LAS CARGUEN DIRECTAMENTE EN SU TARJETA DE CRÉDITO.

NO SE OLVIDE – USTED TIENE QUE FIRMAR Y COLOCAR LA FECHA DE HOY AL FINAL DE LA PARTE 9 Y 10 DE ESTA SOLICITUD

PARTE 9 – AUTORIZACION PARA LA REVELACION DE INFORMACION

Al firmar este formulario, usted concede su autorización para que cualquier proveedor de atención de la salud, compañía aseguradora, organización de respaldo de seguros, plan de salud o su agente de seguro comparta la información sobre la atención de su salud, y/o la de sus dependientes, con Blue Shield of California o con Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (conjuntamente, Blue Shield), con el propósito de revisar su solicitud para la cobertura de Blue Shield.

Además, al firmar este formulario, usted concede su autorización a Blue Shield para que comparta la información sobre la atención de su salud con cualquier proveedor de atención de la salud, compañía aseguradora, entidad autoaseguradora, organización de respaldo de seguros, plan de salud o su agente de seguro, con el propósito de investigar o evaluar cualquier reclamación de beneficios. La información sobre la atención médica utilizada o divulgada para los fines de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica.

Usted tiene derecho a negarse a firmar esta autorización. Sin embargo, Blue Shield tiene el derecho de poner como condición para la elegibilidad de cobertura y las determinaciones de inscripción suyas, y/o las de sus dependientes, el recibo de esta autorización firmada.

Tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización una vez firmada.

Vencimiento: Esta autorización se mantendrá en vigencia: 1) durante treinta (30) meses a partir de la fecha de esta autorización para propósitos del trámite de su solicitud, procesamiento de una solicitud de restitución o procesamiento de una solicitud para cambio de beneficios; 2) durante el tiempo que sea necesario para el procesamiento de las reclamaciones incurridas durante el término de la cobertura y 3) durante el término de la cobertura para todas las demás actividades bajo el acuerdo/la póliza de los servicios de salud.

Derecho a revocar: Entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso escrito indicando mi revocación a Blue Shield. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que Blue Shield haya tomado basándose en esta autorización antes de recibir mi aviso escrito de revocación.

Solicitante/padre madre (o tutor/a legal)

X _____

Fecha de hoy

_____/_____/_____

Cónyuge/compañero(a) doméstico(a) del/de la solicitante

X _____

Fecha de hoy

_____/_____/_____

Solicitante de 18 años o mayor

X _____

Fecha de hoy

_____/_____/_____

Solicitante de 18 años o mayor

X _____

Fecha de hoy

_____/_____/_____

PARTE 10 – AUTORIZACIONES, TÉRMINOS & CONDICIONES

Favor de leer cuidadosamente los siguientes términos y condiciones. Su autorización y firma tienen que aparecer al pie de la página.

1. **Solicitud de Cobertura:** Es importante saber que Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (como sea pertinente) tiene derecho a rechazar su solicitud de cobertura. Nota: Entiendo que Blue Shield puede utilizar cualquier información médica al revisar mi solicitud, incluso cualquier afección de la salud que padezca después de la firma y entrega de esta solicitud y antes de que el Asegurador tome una decisión.
2. **Cuotas/Primas del Primer Mes:** Adjunte a esta solicitud un cheque personal o giro postal por una cantidad igual a la Cuota/Prima de un mes. Ubique su cuota/prima mensual calculada en el libro de tarifas proporcionado. Si usted no entrega el pago completo de la Cuota/Prima, es posible que se atrase el procesamiento y la fecha de vigencia de la cobertura. Favor de observar que el cobro de su cheque no constituye una aprobación de su solicitud con Blue Shield o Blue Shield Life. Si no se aprueba su solicitud, se le devolverá esa suma.
3. **Cuotas/Primas:** Las Cuotas/Primas se deben pagar el primer día del período de facturación. Se dará por terminada la cobertura si no se pagan puntualmente las Cuotas/Primas según se establece en el Acuerdo/ la Póliza de los Servicios de Salud.
4. **Fecha de Vigencia de la Cobertura:** Si se aprueba su solicitud, Blue Shield le notificará su fecha de vigencia de cobertura. Si Blue Shield no puede cumplir con la fecha de vigencia que usted solicita, o no puede emitir la cobertura antes de la fecha que usted solicita, la cobertura empezará tan pronto sea posible. Si se deben Cuotas/Primas adicionales, se deberá recibir el pago dentro del tiempo especificado en el aviso de Blue Shield para evitar el cambio de la fecha de vigencia. Cualquier cargo incurrido por servicios recibidos antes de su fecha de vigencia o después de que se dé por terminada la cobertura no están cubiertos.
5. **Acuerdo Total:** Si se aprueba, esta solicitud (incluso el cuestionario médico), junto con la evidencia de cobertura y el acuerdo/la póliza de los servicios de salud para individuos y familias, cualquier aprobación, apéndices y anexos a estos, colectivamente constituirán el acuerdo total para la cobertura. Su agente no puede aprobar esta solicitud para la cobertura o cambiar ninguno de los términos o condiciones de cobertura.
6. **Padres/Tutores:** Si usted es el padre o tutor legal de un solicitante que es un menor, sírvase firmar en nombre del solicitante al final de esta Parte 10. Como padre o tutor legal, a usted se le identifica como la persona quien puede hacer indagaciones y actuar de parte del solicitante con respecto a la cobertura (según lo permita la ley). Además, usted está acordando asumir toda la responsabilidad por los pagos de las Cuotas/Primas y por acatar los términos y condiciones de la cobertura. Si usted no es el padre del solicitante, favor de adjuntar los documentos del tribunal que lo nombran tutor de este menor. Marque una de las siguientes casillas e identifique al individuo autorizado para actuar en nombre del menor (solicitante):
 - Solo el padre/la madre o tutor legal: _____ (nombre) o,
 - La persona nombrada por mí _____ (incluir nombre y parentesco) o,
 - La persona nombrada por una Orden de Apoyo Médico Calificado Para Niños _____ (incluir nombre y parentesco).
 - Marcar esta casilla si Blue Shield solo ha de hacer cambios al contrato tras recibir una solicitud escrita de la persona indicada anteriormente.
7. **Autorización Para Que el Cónyuge/Compañero Doméstico Haga Cambios:** Si usted es un solicitante cuyo cónyuge/compañero doméstico también está solicitando la cobertura, favor de especificar si usted autoriza a su cónyuge/compañero doméstico para que haga cambios a la solicitud/contrato/póliza de parte suya. Sí. No.
Nota: Usted puede discontinuar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud escrita a Blue Shield.
8. **Respuesta a la Información Solicitada:** Usted acuerda cooperar con Blue Shield (o con Blue Shield Life, conforme sea pertinente) al brindar, o brindar acceso a, los documentos y demás información solicitada para corroborar la información proporcionada en esta solicitud de cobertura. Usted reconoce y conviene en que el no brindar estos documentos o información o negarse a hacerlo, puede ser la causa de que se anule o cancele su cobertura.
9. **Se Prohíben las Pruebas del VIH: La ley de California prohíbe que una compañía de seguro médico o plan de servicio de cuidados médicos exija o use una prueba del VIH como condición para poder conseguir la cobertura médica.**

TODOS LOS SOLICITANTES DE 18 AÑOS Y MAYORES TIENEN QUE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD. MANTENGA UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD PARA SUS REGISTROS.

He leído el resumen de beneficios y los términos y condiciones de la cobertura, así como las autorizaciones expuestas anteriormente. Entiendo y estoy de acuerdo con cada una de ellas. Yo soy la única persona responsable de cuán exacta y completa sea la información brindada en esta solicitud. Entiendo que ni yo, ni ningún miembro de mi familia, calificará para la cobertura si alguna parte de la información es falsa o está incompleta. Además entiendo que si se emite la cobertura, la misma puede quedar cancelada o anulada si se descubre información falsa o incompleta.

Firma del solicitante (o tutor legal)	La fecha de hoy (exigida)	Nombre en letra de molde (y relación si el solicitante es un menor)
X _____	____/____/____	_____
Firma del cónyuge/compañero doméstico del solicitante (Si está solicitando)	La fecha de hoy (exigida)	Nombre en letra de molde
X _____	____/____/____	_____
Firma del miembro de la familia de 18 años o mayor (Si está solicitando)	La fecha de hoy (exigida)	Nombre en letra de molde
X _____	____/____/____	_____
Firma del miembro de la familia de 18 años o mayor (Si está solicitando)	La fecha de hoy (exigida)	Nombre en letra de molde
X _____	____/____/____	_____

PARTE 11 — DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA EMISIÓN GARANTIZADA

Si usted tiene una condición preexistente y tiene alguna inquietud acerca de si puede obtener la cobertura de cuidados de la salud, Blue Shield le ofrece una alternativa que usted puede considerar.

La Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, HIPAA, por sus siglas en inglés) federal facilita que las personas cubiertas bajo un plan médico de grupo existente puedan mantener la cobertura independientemente de sus condiciones preexistentes cuando cambian de empleo o quedan desempleadas por plazos cortos de tiempo. Según sus respuestas a las afirmaciones que siguen a continuación, es posible que tenga derecho a la emisión garantizada de acuerdo con la HIPAA, y Blue Shield aceptará automáticamente su solicitud para uno de sus planes de emisión garantizada. Cada persona que figure en la solicitud debe cumplir con los requisitos necesarios de la HIPAA para calificar para un plan de emisión garantizada.

Si usted está haciendo la solicitud para la cobertura a favor de algún dependiente que no califica para la emisión garantizada, tal cobertura estará sujeta a una suscripción médica, excepto para los niños que fueron inscritos bajo alguna cobertura meritosa anterior dentro de 30 días de haber nacido o haber sido colocados para ser adoptados. Un hijo dependiente de 18 años o menor, o un cónyuge dependiente que esté solicitando la emisión garantizada, deben completar una Declaración de Elegibilidad de Emisión garantizada separada (Blue Shield aceptará copias de la Declaración de Elegibilidad de Emisión garantizada). Para obtener solicitudes adicionales o las tarifas actuales de la emisión garantizada, por favor comuníquese con su agente de Blue Shield o llame a Blue Shield al **(800) 431-2809**.

DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE EMISIÓN GARANTIZADA Y LISTA DE CONTROL

Favor de completar el siguiente cuestionario si está interesado en una póliza de Emisión Garantizada a fin de verificar su elegibilidad para esta cobertura.

- Sí No 1. He tenido cobertura del cuidado de la salud por lo menos 18 meses en total (incluso COBRA o Cal-COBRA, si corresponde) sin un lapso en la cobertura de más de 63 días (excluido cualquier período de espera impuesto por el empleador).
- Sí No 2. Mi cobertura más reciente fue por medio de un plan de salud patrocinado por un empleador (COBRA y Cal-COBRA se consideran coberturas patrocinadas por un empleador).
- Sí No 3. Yo acepté y agoté toda cobertura disponible de COBRA y/o Cal-COBRA (Si COBRA o Cal-COBRA no estaban disponibles, conteste "sí").

Fechas de cobertura de COBRA o Cal-COBRA ___/___/___ hasta ___/___/___

Administrador de COBRA _____ Teléfono _____

Compañía aseguradora _____ Teléfono _____

Si su cobertura más reciente fue patrocinada por un empleador y usted no calificó para la cobertura de COBRA y/o Cal-COBRA, favor de explicar: _____

- Sí No 4. Actualmente califico para cobertura bajo un plan de salud grupal o patrocinado por el empleador, Medicare o Medicaid.
- Sí No 5. Mi cobertura más reciente terminó debido a la falta de pago de las primas/cuotas o por fraude.

Si contestó "sí" a las afirmaciones 1, 2 y 3 y "no" a las afirmaciones 4 y 5, favor de completar las siguientes secciones para solicitar un plan de emisión garantizada.

OPCIONES PARA LA COBERTURA DE LA EMISIÓN GARANTIZADA (FAVOR DE SELECCIONAR UNA)

A. Si usted sabe que no calificará para la cobertura, o no desea hacer la solicitud para el plan suscrito, marque esta casilla:

- Solo emitan el plan de Emisión garantizada. Debido a que he escogido esta opción, entiendo que no se me considerará para el plan suscrito.

B. Si usted está solicitando tanto la Emisión garantizada como el plan suscrito, seleccione uno de los siguientes:

- Cobertura de Emisión garantizada para la fecha de vigencia más temprana, para tener cobertura durante el proceso de suscripción del plan individual. (Entiendo que si se aprueba mi solicitud para el plan suscrito, automáticamente seré transferido al plan suscrito. Si no se aprueba mi solicitud, continuaré recibiendo la Emisión garantizada)
- Emitan el plan de Emisión garantizada solamente si no recibo aprobación para el plan suscrito. (Entiendo que no tendré ninguna cobertura hasta que sea procesada mi solicitud para el plan suscrito y ésta sea aprobada o rechazada.)

OPCIONES DE PLANES DE EMISIÓN GARANTIZADA (FAVOR DE SELECCIONAR UNA)

- Plan PPO 1500 Plan PPO 2000
- Plan Blue Shield Life PPO 1500 Plan Blue Shield Life PPO 2000

Al firmar esta declaración, yo verifico que he leído y entendido las condiciones de elegibilidad enumeradas anteriormente y que toda la información es cierta y correcta.

Firma del solicitante o tutor legal

La fecha de hoy (exigido)

Nombre en letra de molde

X _____

_____/_____/_____

Lista de control para la solicitud

Antes de enviar su solicitud para que sea procesada, le sugerimos que revise esta lista de control. Confirme que todas las casillas estén marcadas para que su solicitud pueda tramitarse lo antes posible.

Asegúrese de que usted y cada miembro solicitante de su familia hayan seguido los pasos que se enumeran a continuación:

- Responder a todas las preguntas, aunque no haya estado seguro de que algunas le correspondieran.

- Escribir en letra de molde clara y con tinta azul o negra.
- Seleccionar un Médico Personal únicamente si solicita el Access+ HMO o Access+ Value HMO; seleccionar un Proveedor Dental únicamente si solicita Dental HMO.
- Indicar su opción de pago elegida en la Parte 1 de la solicitud. Si usted eligió pagos con tarjeta de crédito o Easy\$Pay, debe completar el formulario de autorización que aparece en el reverso

de esta página y enviarlo cuando entregue su solicitud a Blue Shield.

- Adjuntar a su solicitud un cheque personal o un giro postal por un monto igual a la cuota/prima del primer mes de cobertura.
- Firmar las Partes 9 y 10 de la solicitud. Se requieren las firmas de todos los solicitantes (de 18 años de edad y mayores).
- Devolver la solicitud dentro de los 30 días de haberla firmado y fechado.

Información general

Usted tiene derecho a cualquier Plan de Salud Individual y Familiar si usted: es residente de California, no tiene derecho a recibir Medicare y no tiene 65 años o más.

Si se aprueba su solicitud, usted podrá calificar para recibir los beneficios de Access+ HMO o Access+ Value HMO el primer día del mes siguiente a la fecha en que Blue Shield haya aprobado su solicitud, y en cualquier día del mes, a excepción del 29, 30 ó 31 del mes siguiente a la fecha de aprobación de Blue Shield para cualquier plan PPO IFP.

Su cónyuge/compañero doméstico (menor de 65 años) y sus hijos dependientes que estén solteros (menores de 19 años, o menores de 23 años si son estudiantes de tiempo completo), califican para solicitar la cobertura para dependientes. Si sus niños son menores de 19 años, usted también puede hacer la solicitud para los planes YouthCare, que posiblemente le cuesten menos en general. Llame a Blue Shield al **(800) 351-2465** o hable con su agente para averiguar cuál opción le conviene más a usted.

Proceso para autorizar a Blue Shield a compartir información personal con otros: Si usted desea autorizar a su cónyuge/compañero doméstico o a un tercero para que tenga acceso a su información médica personal, sírvase rellenar el formulario titulado *Autorización para que Blue Shield Revele Información Personal y Médica a Terceros*. Para obtener este formulario, acuda a blueshieldca.com o llame al **(800) 431-2809**.

Información de facturación

- Use el libro de tarifas que se le ha brindado y calcule sus tarifas o hable con su agente para obtener tarifas calculadas. Es posible que usted reciba tarifas más altas que las cotizadas por su agente basado en la resolución del Asegurador.
- Para pagar la cuota/prima del primer mes, adjunte a su solicitud un cheque personal o un giro postal por un monto igual a la cuota/prima de un mes, a nombre de

Blue Shield. Si paga las cuotas/primas del primer mes con tarjeta de crédito, complete la información solicitada en la página 12.

Opciones de pago

Las cuotas/primas subsiguientes deben pagarse por adelantado. Blue Shield ofrece cuatro métodos de pago. Favor de seleccionar un sistema de facturación a continuación:

- Pago mensual con Easy\$Pay – los pagos mensuales se transfieren mediante transferencia electrónica de su cuenta corriente o cuenta de ahorros.
- Pago con tarjeta de crédito – los pagos mensuales/trimestrales (seleccione la frecuencia en la próxima página) se cargan automáticamente mediante cobro electrónico en su tarjeta de crédito.

- Facturación directa mensual (30 días)
- Facturación directa trimestral (90 días)

Opciones de pago con Easy\$Pay y tarjeta de crédito

Para inscribirse en Pagos Automáticos: Complete el formulario de autorización que encontrará en la próxima página y regréselo junto con su solicitud. Si usted ha seleccionado Easy\$Pay como su opción de pago, favor de adjuntar a su formulario de autorización un comprobante de depósito o un cheque en blanco que lleve escrita la palabra "NULO", además del **cheque por las cuotas/primas iniciales**. Si prefiere no adjuntar un cheque anulado ni un comprobante de depósito, deberá proporcionar el número de ruta/tránsito de su institución financiera.

Mary Jane Blue 123 First St. Anytown, CA 99999	3025
Pay to Order of	_____ 20 _____ Dollars
Any Bank San Francisco Main Office P.O. Box 8944 San Francisco, CA 94126 Memo	_____
032056884 9 8707228001 0233	
	Número de la cuenta
	Número de ruta/tránsito del Banco

Si paga las cuotas/primas del primer mes con tarjeta de crédito, complete la información solicitada a continuación.

Formulario de Autorización de Pago Automático

YO SOY:	<input type="checkbox"/> Un Nuevo solicitante de Pago Automático
	<input type="checkbox"/> Un usuario actual de pago automático que informa un cambio (se requiere un aviso de 30 días)
MÉTODO DE PAGO AUTOMÁTICO:	<input type="checkbox"/> Easy\$Pay (complete las Partes A y C): Cuenta corriente Cuenta de ahorros (escoja una opción)
	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito* (complete sólo las Partes B y C)

PARTE A (Complete sólo para débitos de la cuenta corriente/de ahorros.)

Fecha de pago (escoja una opción): Los suscriptores de HMO y de HMO Dental deben marcar la casilla que indica 1° del mes. 1° del mes 15 del mes

Número de ruta bancaria/número de transferencia	Número de cuenta bancaria
Nombre de la institución financiera	
Titular(es) de la cuenta bancaria	
Dirección de la sucursal	
Ciudad	Estado Código Postal
Número telefónico de la sucursal	

PARTE B (Complete solo para cargos en la tarjeta de crédito. Únicamente Visa o MasterCard.) Pago de las cuotas/primas del primer mes solamente

Fecha de pago (escoja una opción): Mensual Trimestral

Número de tarjeta de crédito	Tipo de tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard	Fecha de Vencimiento (Mes/Año)
Nombre del titular de la tarjeta Primero		In.
Apellido		
Domicilio de facturación del titular de la tarjeta		
Ciudad	Estado	Código Postal

PARTE C (Todos los solicitantes de pago automático deben completar esta sección.)

Nombre del suscriptor	Número telefónico del suscriptor (durante el día) ()
Dirección postal	
Ciudad	Estado Código Postal

Autorizo a la compañía prestadora de mi plan, Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, según corresponda, a iniciar débitos/cargos (y/o correcciones a débitos/cargos previos) de mi cuenta con la institución financiera identificada por mí en este formulario para el pago de las cuotas/primas de mi plan con Blue Shield, como también de las cuotas/primas de los siguientes individuos cubiertos (mis dependientes):

Número de Seguro Social	Número de Seguro Social del Cónyuge/compañero doméstico
Número de Seguro Social del Dependiente	Número de Seguro Social del Dependiente

También autorizo a la institución financiera a reducir/efectuar cargos al saldo de mi cuenta según el monto de dichos débitos/cargos (y/o correcciones a débitos/cargos previos) según el cronograma previamente acordado. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que yo revoque la autorización indicada, al menos 10 días antes de que se carguen/debiten los montos de mi cuenta.

Firmas autorizada(s) según aparece/n en los registros de la institución financiera. Si la cuenta figura como una cuenta conjunta, ambos titulares deben firmar. Si el titular de la cuenta bancaria no es un individuo, la persona que firme en representación de una compañía/sociedad debe identificarse, como también indicar su vínculo con tal compañía/sociedad.

Firma	Fecha
Nombre en letra de molde	Vínculo
Firma	Fecha
Nombre en letra de molde	Vínculo

* Se le cobrará el monto adeudado de las cuotas/primas hasta que decida anular su programa de pagos automáticos. Si desea cancelar el pago automático o si se modifica la cuenta de la cual se debitan los pagos, favor de contactar a Servicios al Cliente de IFP al teléfono (800) 431-2809. El cobro de la tarjeta de crédito puede efectuarse entre 1 y 2 días antes de la fecha de pago.