

Porque Highmark hacerlo simple.

**Solicite, en 5 pasos, su nuevo plan médico individual/
familiar de 2024 de la Ley del Cuidado de
Salud a Bajo Precio (ACA) con esta solicitud.**

Si está presentando su solicitud porque tiene un Período Especial de Inscripción, incluya esta solicitud completa junto con el formulario de Período Especial de Inscripción y toda la documentación de respaldo necesaria.



Si se inscribe durante la inscripción
abierta, puede hacerlo digitalmente.
Simplemente escanee aquí.



Estos planes son ofrecidos por Highmark Benefits Group Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.
El símbolo Blue Shield es una marca registrada de la Blue Cross Blue Shield Association.

5 pasos para presentar su solicitud.

Paso 1: Cuéntenos sobre usted 5

Paso 2: Encuentre un plan 11

Paso 3: Su primer pago 17

Paso 4: Cobertura actual 18

Paso 5: Su firma 21



Nos alegra que esté pensando en Highmark.

Asegurémonos de que esta sea la solicitud que necesita.

Esta solicitud es para comprar directamente con Highmark, no si quiere comprar desde Pennsylvania Insurance Exchange (Pennie™). Estos planes no aplican créditos fiscales federales para las primas ni reducciones de costos compartidos. Si no está seguro de calificar para recibir ayuda económica, comuníquese con Pennie en Pennie.com o **1-844-844-8040**.

Aparte de eso, es elegible para inscribirse en estos planes, independientemente de su edad, siempre que cumpla estos requisitos:

- 0 No tiene derecho a los beneficios de la Parte A de Medicare, ni está inscrito en los beneficios de la Parte B de Medicare ni está inscrito en CHIP.

- 0 Actualmente vive en los EE. UU.

- 0 Vive en uno de los condados listados en la página 11 de esta solicitud y selecciona un plan disponible en el condado donde vive.

- 0 Cumple las directrices de elegibilidad enumeradas en el Paso 5 de esta Solicitud.

¿Está en el lugar correcto? Excelente.

Hay algunos tipos de planes a los que puede postularse con esta solicitud. Aquí hay un desglose breve:

Planes de la ACA

Estos son sus planes individuales o familiares. Puede leer más sobre estos en www.DiscoverHighmark.com/individuals-families o en el folleto del plan.

HIPAA

Si está perdiendo el plan médico de su empresa y quiere un plan Highmark, un plan HIPAA podría ser para usted. Obtenga más información en la página 15.

Conversión

Si perdió su plan grupal de Highmark y quiere pasar a un plan individual, es posible que quiera un plan de conversión. Obtenga más información en la página 13.

Si tiene alguna duda o quiere inscribirse más rápido:

Llame al 1-855-949-1043.

Visite www.Highmark.com.

Escanee el código QR en el frente si presenta la solicitud durante la inscripción abierta. Si presenta la solicitud durante un período de inscripción especial, necesitaremos que complete la solicitud en papel.

Hable con su agente/productor de seguros si trabaja con uno.

O podemos ayudarlo personalmente en una **tienda Highmark Direct**. Encuentre una cerca de usted en **HighmarkDirect.com**.



Instrucciones:

Hemos hecho que esta aplicación sea lo más fácil posible con solo **5 pasos**.

Puede parecer mucho, pero estos consejos facilitarán esta solicitud y evitarán retrasos en el procesamiento.

- **Siga todos los 5 pasos y asegúrese de completar todo.**
Una vez que termine una sección, despréndala para enviárnosla.

- **Escriba en letra de molde letras y números claramente con tinta azul o negra.**
Si presenta la solicitud durante la inscripción abierta, puede completar una versión electrónica de este formulario en www.DiscoverHighmark.com e imprimirla.

- **Si hay un cuadro para su nombre en la parte inferior de una página,** asegúrese de completarlo. Eso nos ayuda a hacer un seguimiento de su solicitud.

- **Firme y feche la solicitud en la página 21.** — Si solicita cobertura para usted y su cónyuge/pareja de hecho, ambos deben firmar esta solicitud. Si no está casado, es menor de 18 años y solicita una póliza que lo cubra únicamente a usted, un padre o tutor debe firmar esta solicitud.

- **Arranque las páginas de su solicitud completadas y devuélvalas a Highmark.**
Describiremos todas las formas en que puede hacerlo en la página 22.



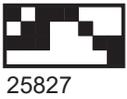
Paso 1: Cuéntenos sobre usted.

Usted + Highmark ≡ un sano 2024.

Si está solicitando un seguro médico, debe completar la página siguiente.

- **Página 6** — Todos completan esta página con su información personal, incluso si solicitan en nombre de otra persona, como un menor de edad.
- **Página 8** — Complete esta página si solicita para usted y para cualquier otra persona, si solicita en nombre de sus dependientes y será el titular de la póliza, o si solicita en nombre de un niño menor de 18 años para su propia póliza individual.

Si tiene dominio limitado del inglés o tiene una discapacidad, llame al 1-800-876-7639 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visitar una tienda Highmark para obtener ayuda con esta aplicación de forma gratis.



25827

Paso 1: Cuéntenos sobre usted.

Solo un recordatorio: complete todo con claridad y marque “N/A” si es necesario. De lo contrario, el procesamiento de este formulario podría retrasarse.

Información básica:

NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

SUFIJO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

SEXO

 Masculino Femenino Otro

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

Rellene este óvalo si no tiene una dirección particular. Aún debe dar una dirección postal donde podamos comunicarnos con usted.

DIRECCIÓN

NÚMERO DE APARTAMENTO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

CONDADO

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN)

NÚMERO DE APARTAMENTO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

CONDADO

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA (NO MÓVIL)

NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL

CONTACTO PREFERIDO (SELECCIONE SOLO UNO)

 Casa Móvil

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

IDIOMA PREFERIDO HABLADO (SI NO ES INGLÉS)

LECTURA DE IDIOMA PREFERIDO (SI NO ES INGLÉS)

¿Para quién es este plan?

Simplemente rellene el óvalo que corresponda.

Solo para usted.

Usted y su familia.

Está solicitando en nombre de un niño menor de 18 años su propia cobertura como titular de una póliza individual.



Paso 1: Continuación sobre usted.

Si tiene más de 21 años:

Solo unas cuantas preguntas más si tiene más de 21 años y este plan es para usted.

¿Ha fumado o consumido algún tipo de tabaco de forma habitual (4 o más veces por semana en promedio excluyendo uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

Sí No

En caso afirmativo, cuando fue la última vez que consumió tabaco de forma habitual?

FECHA (MM/DD/AAAA)

Preferencias de comunicación:

Podemos enviarle comunicaciones electrónicas consistentes en alertas y notificaciones por correo electrónico, si lo quiere. Esas comunicaciones podrían incluir su acuerdo y resumen de cobertura, avisos de planes de seguro, boletines informativos para miembros y avisos de salud y bienestar, como bienestar, ahorros y más. Será más fácil y rápido de revisar. Puede cambiarlo en cualquier momento o solicitar una copia digital llamando al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro (ID) o visitando MyHighmark.com.

¿Entonces, qué piensa?

Sí, hagamos esto digitalmente.

No, sigamos con papel.

Vaya a MyHighmark.com para revisar los Términos y condiciones de preferencias de contacto para obtener información completa sobre cómo seleccionar o cambiar las preferencias de comunicación.

Para asegurarse de recibir sus materiales para miembros mediante su método preferido, debe notificar a Highmark si su número de teléfono o dirección de correo electrónico cambian.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

NOMBRE

Paso 1: Cuéntenos sobre el resto de su familia.

¿Solo usted? Vaya a la página 11.

Si solicita cobertura para otra persona (llamémosla dependiente), complete su información en esta hoja. Puede agregar más hojas si es necesario.

Los dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge o pareja de hecho
- Los hijos de su cónyuge o pareja de hecho menores de 26 años
- Sus hijos menores de 26 años

El plan y la opción de deducible que elija se aplicarán a todas las personas cubiertas por su plan.

Dependiente 1

Información básica:

NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO	SUFIJO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	RELACIÓN CON USTED
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>
¿Vive el dependiente 1 con usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
SI NO, INDIQUE LA DIRECCIÓN:	
<input type="text"/>	

Mayores de 21 años:

¿Ha fumado o consumido algún tipo de tabaco de forma habitual (4 o más veces por semana en promedio excluyendo uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

Sí No

En caso afirmativo, cuando fue la última vez que consumió tabaco de forma habitual?

FECHA (MM/DD/AAAA)

Espacio para más dependientes en la página siguiente.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

NOMBRE

Paso 1: Familia continuación.

Dependiente 2

Información básica:

NOMBRE	<input type="text"/>	SEGUNDO NOMBRE	<input type="text"/>
APELLIDO	<input type="text"/>	SUFIJO	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	<input type="text"/>	RELACIÓN CON USTED	<input type="text"/>
SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	<input type="text"/>
¿El dependiente 2 vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
SI NO, INDIQUE LA DIRECCIÓN:			
<input type="text"/>			

Mayores de 21 años:

¿Ha fumado o consumido algún tipo de tabaco de forma habitual (4 o más veces por semana en promedio excluyendo uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?
 Sí No

En caso afirmativo, cuando fue la última vez que consumió tabaco de forma habitual?

FECHA (MM/DD/AAAA)

Dependiente 3

Información básica:

NOMBRE	<input type="text"/>	SEGUNDO NOMBRE	<input type="text"/>
APELLIDO	<input type="text"/>	SUFIJO	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	<input type="text"/>	RELACIÓN CON USTED	<input type="text"/>
SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	<input type="text"/>
¿El dependiente 3 vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
SI NO, INDIQUE LA DIRECCIÓN:			
<input type="text"/>			

Mayores de 21 años:

¿Ha fumado o consumido algún tipo de tabaco de forma habitual (4 o más veces por semana en promedio excluyendo uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?
 Sí No

En caso afirmativo, cuando fue la última vez que consumió tabaco de forma habitual?

FECHA (MM/DD/AAAA)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

NOMBRE

Paso 1: Familia continuación.

Dependiente 4

Información básica:

NOMBRE	<input type="text"/>	SEGUNDO NOMBRE	<input type="text"/>
APELLIDO	<input type="text"/>	SUFIJO	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	<input type="text"/>	RELACIÓN CON USTED	<input type="text"/>
SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	<input type="text"/>
¿El dependiente 2 vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
SI NO, INDIQUE LA DIRECCIÓN:			
<input type="text"/>			

Mayores de 21 años:

¿Ha fumado o consumido algún tipo de tabaco de forma habitual (4 o más veces por semana en promedio excluyendo uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

Sí No

En caso afirmativo, cuando fue la última vez que consumió tabaco de forma habitual?

FECHA (MM/DD/AAAA)

Dependiente 5

Información básica:

NOMBRE	<input type="text"/>	SEGUNDO NOMBRE	<input type="text"/>
APELLIDO	<input type="text"/>	SUFIJO	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	<input type="text"/>	RELACIÓN CON USTED	<input type="text"/>
SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	<input type="text"/>
¿El dependiente 3 vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
SI NO, INDIQUE LA DIRECCIÓN:			
<input type="text"/>			

Mayores de 21 años:

¿Ha fumado o consumido algún tipo de tabaco de forma habitual (4 o más veces por semana en promedio excluyendo uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

Sí No

En caso afirmativo, cuando fue la última vez que consumió tabaco de forma habitual?

FECHA (MM/DD/AAAA)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

NOMBRE

Paso 2: Encuentre un plan.

Cobertura que le hace .

En el siguiente paso, seleccionará su plan. Si necesita ayuda con eso, llame al **1-855-949-1043**.

O eche un vistazo al folleto del plan. Toda la información que necesita está ahí.

Solo necesita completar la página con el condado en el que vive. Si está buscando un plan **HIPAA** o de **Conversión**, vaya directamente a esa página.

Si tiene dominio limitado del inglés o tiene una discapacidad, llame al 1-800-876-7639

(Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visitar una tienda Highmark para obtener ayuda con esta aplicación de forma gratis.

Si vive en: Encuentre su plan en la página:

Bucks	12
Chester.....	12
Delaware	12
Montgomery.....	12
Philadelphia.....	12

Plan de conversión.....	13
Plan HIPAA.....	15

Paso 2: Encuentre un plan en

Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia.

Elija un plan y una opción de deducible. **Rellene el óvalo al lado del plan que ha seleccionado.** Su selección se aplicará a todas las personas cubiertas por su plan.

Estos planes son solo para los condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia.

Grupo de beneficios de Highmark - Número de grupo: 108047-67		Deducible anual		
		Individual	Familiar	
my Blue Access PPO	0	Premier Gold 0	\$0	\$0
	0	Premier Gold 0 + Dental y de la vista para adultos		
	0	Gold 0		
	0	Gold 0 + Dental y de la vista para adultos	\$1,500	\$3,000
	0	Gold 1500		
	0	Gold 1700 HSA	\$1,700	\$3,400
	0	Premier Silver 2900	\$2,900	\$5,800
	0	Premier Silver 2900 + Dental y de la vista para adultos		
	0	Silver 3500	\$3,500	\$7,000
	0	Silver 3500 + Dental y de la vista para adultos		
	0	Bronze 3800	\$3,800	\$7,600
	0	Bronze 3800 + Dental y de la vista para adultos		
	0	Silver 7000	\$7,000	\$14,000
	0	Bronze 7100 HSA - Beneficios de medicamentos personalizados	\$7,100	\$14,200
	0	Bronze 8900	\$8,900	\$17,800
0	Eventos Mayores PPO Catastrófico 9450 - 3 Visitas con el PCP gratis [Los solicitantes deben tener menos de 30 años o haber recibido una certificación de exención del Pennsylvania Insurance Exchange. Adjunte una copia del certificado si tiene uno.]	\$9,450	\$18,900	

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

NOMBRE

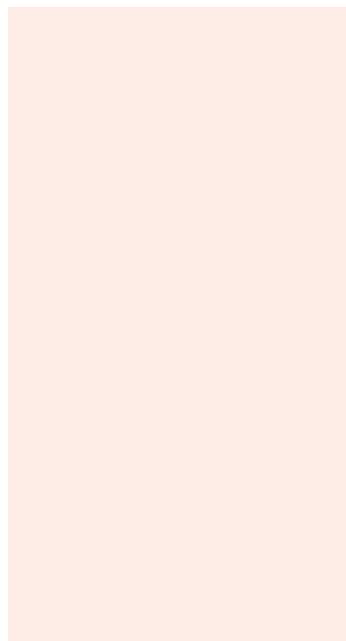
Paso 2: Encuentre un plan de conversión.

¿Está perdiendo su cobertura grupal de Highmark y quiere obtener cobertura individual de Highmark? Genial, es posible que quiera un plan de conversión. Puede comenzar el día que finaliza su plan grupal.

Elija un plan y una opción de deducible. Rellene el óvalo al lado del plan que ha seleccionado. Su selección se aplicará a todas las personas cubiertas por su plan.

Estos planes son para residentes de: Condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia.

Grupo de beneficios de Highmark - Número de grupo: 108047-67		Deducible anual	
		Individual	Familiar
my Blue Access PPO	0 Bronze 3800	\$3,800	\$7,600



FECHA DE VENCIMIENTO DE LA SOLICITUD (DD/MM/AAAA)

CANTIDAD DE LA PRIMERA PRIMA

Póliza de conversión

EN VIGOR A PARTIR DEL (DD/MM/AAAA):

EN VIGOR HASTA (DD/MM/AAAA):

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

NOMBRE

Paso 2: Encuentre un plan HIPAA.

¿Está perdiendo la cobertura de su empleador y quiere obtener un plan Highmark HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico)? Bienvenido. Su plan puede comenzar cuando finalice su plan actual.

Primero, algunas preguntas:

1. Si su cobertura más reciente le ofrecía "COBRA" o beneficios similares requeridos por el estado, ¿eligió usted esa cobertura?

Sí No

En caso afirmativo, ¿ha agotado todos sus beneficios bajo esa cobertura?

Sí No

2. Si incluye su cobertura más reciente, ¿ha tenido algún tipo de cobertura de atención médica acreditable de forma continua durante al menos 18 meses?

Sí No

*Para encontrar esto, cuente los períodos de cobertura acreditable que tenía antes de cualquier interrupción en la cobertura. Cuéntelos solo si la interrupción de la cobertura fue inferior a 63 días. No cuente los días durante un período de espera en los que no tenía cobertura. No cuente los días en un período de espera para determinar si tuvo una interrupción en la cobertura.

3. Si incluye su cobertura más reciente, ¿ha tenido algún tipo de cobertura de atención médica acreditable de forma continua durante al menos 18 meses?

Sí No

4. ¿Terminó su cobertura de atención médica más reciente porque no pagó su prima? Esto incluye contribuciones o fraude.

Sí No

Ahora, necesita **adjuntar** su formulario de "Certificado de Cobertura Previa" a esta solicitud.

¿No lo tiene?

Aquí hay otras formas en las que puede demostrar que tenía cobertura anterior:

1. Envíenos su declaración escrita firmada sobre su última cobertura. Incluya los nombres de los planes que lo cubrieron en los últimos 18 meses y las fechas de inicio y finalización de la cobertura. Adjunte copias de los documentos que demuestren que tuvo cobertura durante esos momentos, como una tarjeta de identificación, una explicación de beneficios, una factura de prima o recibos de pago que demuestren que pagó por la cobertura médica.

También debe cooperar con nosotros para demostrar que tenía cobertura.

2. Complete y envíenos un Formulario de autorización y revelación de cobertura previa de HIPAA en lugar de una declaración escrita. Puede obtener este formulario llamando a Servicio para Miembros al 1-888-510-1084.
3. Llámenos al 1-888-510-1084 para establecer que tenía cobertura. Denos toda la información que pueda, luego firme el formulario para permitirnos comunicarnos con sus planes anteriores y demostrar que tenía cobertura.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

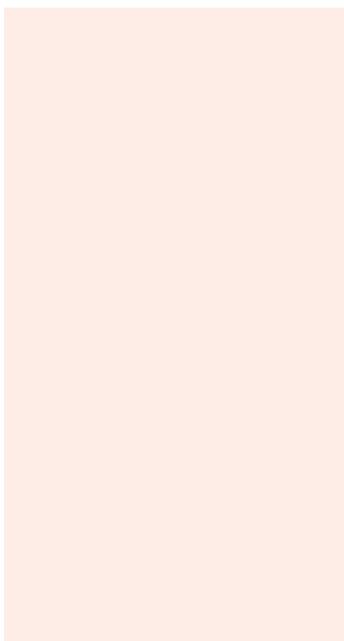
NOMBRE

A continuación, elija su plan HIPAA.

Elija un plan y una opción de deducible. Rellene el óvalo al lado del plan que ha seleccionado. Su selección se aplicará a todas las personas cubiertas por su plan.

Estos planes son para residentes de: Condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia.

Grupo de beneficios de Highmark - Número de grupo: 108047-67			Deducible anual	
			Individual	Familiar
my Blue Access PPO	0	Bronze 3800	\$3,800	\$7,600



FECHA DE VENCIMIENTO DE LA SOLICITUD (DD/MM/AAAA)

CANTIDAD DE LA PRIMERA PRIMA

Política HIPAA

EN VIGOR A PARTIR DEL (DD/MM/AAAA):

EN VIGOR HASTA (DD/MM/AAAA):

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

NOMBRE

Paso 3: Su primer pago.

¿El plan? 
Ahora, el cheque.

Cuando envíe esta solicitud, deberá incluir el primer pago de su prima.

Le explicaremos cómo calcularlo en la página siguiente. Si no hace el primer pago con su solicitud, el primer pago de su prima vencerá en la fecha impresa en su primera factura.

Paso 3: Su primer pago.

Comienza por llenar esta información:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

Ahora obtenga su guía de tarifas o visite www.Highmark.com.

Encuentre la prima mensual de su plan según la cantidad de personas que incluyó en el PASO 1 (usted + cualquier dependiente que haya listado).

Necesitará un cheque por esa cantidad adjunto a este formulario, pero complete los detalles de ese cheque abajo.

PAGO CERRADO

NÚMERO DE GRUPO

\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----	----------------------	----------------------

(El número de grupo es el número azul de ocho dígitos en negrita; aparece arriba de la selección del plan).

Una vez que reciba su primera factura, puedes visitar

MyHighmark.com para registrarse para pagos automáticos. Los pagos automáticos son una forma más segura y conveniente de pagar su factura que alivia el estrés relacionado con hacer pagos a tiempo. Además, no tendrá que emitir más cheques molestos como este.

Si está solicitando un plan HIPAA y quiere que su plan comience a mediados de mes, deberá prorratear este primer pago por los días restantes del mes en que finalizó su cobertura grupal. Puede resolverlo así:

Prima mensual dividida por el número de días del mes.

PRIMA MENSUAL		DÍAS EN EL MES		TOTAL
\$	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	= <input type="text"/>

Luego, multiplique ese número por el número de días que quedan en el mes posterior al inicio de su cobertura.

TOTAL DE ARRIBA		DÍAS QUE QUEDAN EN EL MES		TOTAL
\$	<input type="text"/>	x	<input type="text"/>	= <input type="text"/>

Llámenos para obtener ayuda con eso al 1-855-949-1043.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

NOMBRE



Paso 4: Cobertura actual.

La parte difícil ya pasó.

Ahora solo necesitamos saber sobre cualquier seguro médico que tenga actualmente (cobertura que tenía para 2023).

Todos deben completar esto:

- 1.** ¿Está usted o alguien más en la lista del Paso 1 inscrito en un plan o programa médico individual o grupal privado o gubernamental al momento de esta solicitud?

Sí No

En caso afirmativo, ¿ha agotado todos sus beneficios bajo esa cobertura?

Sí No

-
- 2.** ¿Alguna persona que solicita esta cobertura tiene derecho a los beneficios de la Parte A de Medicare o está inscrita en la **Parte B de Medicare**?

Sí No

Si alguien listado en el Paso 1 tiene derecho a los beneficios de la Parte A de Medicare o está inscrito en la Parte B de Medicare, debe eliminarlos. Los que tienen derecho a Medicare o están inscritos en él no pueden solicitar beneficios con esta solicitud. Obtenga más información en ssa.gov o visite la oficina de la Administración del Seguro Social más cercana.

-
- 3.** ¿La cobertura que está solicitando está **destinada a reemplazar** algún seguro médico o contra accidentes que usted o alguien en el Paso 1 tenga actualmente? Esto incluye una póliza de Highmark.

Sí No

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

NOMBRE

Paso 4: Cobertura actual.

Si respondió
sí a
1, 2 o 3:

Todos deben
completar
esto:

4. Cuéntenos sobre cualquier otra cobertura que usted o sus familiares tengan o hayan solicitado:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

NÚMERO DE GRUPO

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (DD/MM/AAAA)

NÚMERO DE PÓLIZA

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO (DD/MM/AAAA)

SITUACIÓN LABORAL DEL ASEGURADO

5. ¿Usted o alguno de sus familiares que solicitan esta cobertura recibirán asistencia para el pago de primas o subvenciones de un tercero pagador*?

Sí No No estoy seguro

Si respondió **Sí** o **No estoy seguro**, indique el tipo de un tercero que hace pagos a usted o a Highmark en su nombre:

Un familiar

Una tribu india, organización tribal u organización india urbana

Un empleador (no ICHRA y no QSEHRA)

Un programa del gobierno local, estatal o federal, incluyendo un beneficiario del mismo.

Un programa de Ryan White sobre el VIH/SIDA

Una organización 501(c)(3) reconocida por el IRS (sin fines de lucro)

Un proveedor de atención médica

Otros (especificar):

Un acuerdo de reembolso médico de cobertura individual (ICHRA)

NOMBRE DEL EMPLEADOR:

Un acuerdo de reembolso médico para pequeños empleadores calificados (QSEHRA)

NOMBRE DEL EMPLEADOR:

*Un tercero pagador sería cualquier persona, empleador, organización o entidad que esté pagando toda o una parte de su prima o la de su familia a Highmark, o directamente a usted o su familia por medios tales como efectivo, cheque, giro postal, tarjeta de débito prepago, tarjeta de crédito o transferencias electrónicas de fondos.

Reconozco/reconocemos que tenemos la obligación continua de informar a Highmark cualquier cambio sobre la asistencia para el pago de primas o subvenciones hechas por un tercero pagador.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

NOMBRE

Paso 5: Su firma.

Una última cosa.



Tendrá que leer mucho material legal. Respire hondo, puede hacerlo. Una vez que lo lea, firme en la parte inferior para hacernos saber que está de acuerdo.

¿Listo? Terminemos esto.

Paso 5: Su firma.

Mi/nuestra firma en esta Solicitud indica que leímos y entendemos completamente las siguientes declaraciones:

Por la presente solicito/solicitamos cobertura de plan de atención médica para mí o mis dependientes elegibles enumerados en esta Solicitud. Yo/nosotros entendemos y aceptamos que los términos y condiciones de nuestra cobertura estarán controlados por el Acuerdo de suscripción escrito y que pueden adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones razonables, consistentes con el lenguaje de ese Acuerdo, para administrar el programa. Yo/nosotros reconocemos que nuestra cobertura solo se aplicará a las admisiones que ocurran y a los servicios que se presten en o después de la fecha de entrada en vigor de nuestra cobertura.

Yo/nosotros entendemos que el Acuerdo está disponible solo para residentes del área geográfica en la que está disponible el producto para el cual se completa esta Solicitud y que esta Aplicación está sujeta a las disposiciones de este Acuerdo. Este Acuerdo se renueva anualmente.

Si el primer pago no se hace con esta Solicitud, el primer pago de la prima vence en la fecha de vencimiento impresa en su primera factura. La falta de pago antes de esta fecha de vencimiento resultará en la cancelación de su Solicitud. También puede pagar su prima mensualmente por adelantado a Highmark. Si le resulta conveniente, podrá pagar más que su cantidad mensual. Aplicaremos las cantidades excedentes mensualmente. Estas cantidades estarán sujetas a aumentos de primas en la fecha en que el aumento entre en vigor.

Yo/nosotros entendemos que la recepción de los beneficios bajo este programa está sujeta a la determinación de que los servicios fueron médicamente necesarios y apropiados. Excepto en el caso de emergencias o admisiones relacionadas con el parto, todas las admisiones de pacientes hospitalizados están sujetas a revisión antes de la admisión propuesta.

Debemos recibir y procesar el pago completo de su prima antes de poder pagar reclamos por cualquier servicio elegible que reciba. Si los pagos de sus primas mensuales en curso no se reciben en su totalidad dentro del período de gracia del plan, su plan se cancelará. La fecha de terminación será el último mes en el que recibamos el pago requerido. Los reclamos por servicios elegibles no se procesarán a menos que su prima actual haya sido pagada en su totalidad.

Si solicita un plan de Conversión que lo cubra desde la fecha en que finalizó su plan grupal o está solicitando un plan HIPAA para que lo cubra desde la fecha en que finalizó su plan de empleador, el pago de su prima final incluirá un monto prorrateado por los días restantes en el mes que finalizó su cobertura grupal.

Puedo confirmar que ninguna persona que solicite seguro médico en esta Solicitud está encarcelada (detenida o encarcelada).

Sé que debo informar a Highmark si cambia alguna información que di en esta Solicitud. Debo llamar al 1-888-510-1084 para informar de cualquier cambio.

Si se acepta su Solicitud para una cobertura que no sea HMO, usted acepta resolver todas y cada una de las disputas, reclamos o controversias que surjan o se relacionen de alguna manera con el Acuerdo que se emite o cualquier servicio para el cual se brindan beneficios en virtud del mismo a través de un arbitraje vinculante. en lugar de litigar ante los tribunales. Su acuerdo de arbitraje se aplica a disputas entre usted y Highmark o cualquiera de las matrices, subsidiarias, afiliadas, funcionarios, directores, empleados o agentes de Highmark. Cualquier disputa, reclamo o controversia de este tipo solo podrá presentarse individualmente y no en conjunto con otras personas que no estén cubiertas por el Acuerdo, a menos que Highmark acuerde lo contrario. Se puede dictar sentencia sobre cualquier laudo arbitral en cualquier tribunal que tenga jurisdicción. La parte que presenta el arbitraje puede optar por presentarlo ante JAMS, la Asociación Americana de Arbitraje o cualquier otra organización o árbitro acordado mutuamente por las partes. Se aplicará la ley de Pensilvania.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

Su plan es efectivo según el tipo de inscripción.

- **Si presenta su solicitud entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre**, su plan comenzará el 1 de enero de 2024. Si presenta la solicitud entre el 16 de diciembre y el 15 de enero, su plan comenzará el 1 de febrero de 2024.
- **Los planes de HIPAA o de conversión** comenzarán en la fecha de entrada en vigor marcada en esta solicitud.
- **Si presenta la solicitud durante un Período Especial de Inscripción (SEP)**, la fecha de entrada en vigor del plan se basa en las leyes de aplicación para cada SEP elegible.

A mi leal saber y entender, la información dada en esta Solicitud es verdadera y correcta. También entiendo que cualquier intento de calificar para el programa elegido mediante fraude u otra tergiversación intencional de un hecho material resultará en la terminación de dicho contrato.

Toda persona que pretenda, de forma voluntaria e intencional, estafar a una compañía de seguros o a otra persona y presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el objetivo de engañar, información relativa a un hecho material estará cometiendo un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

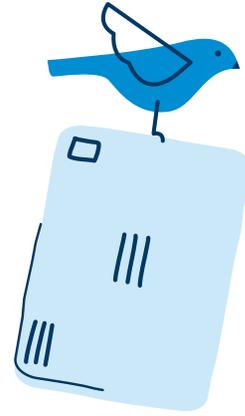
FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

FIRMA DEL CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO/PADRE

FECHA

AVISO A TODOS LOS SOLICITANTES: Si está solicitando cobertura que incluye a su cónyuge o pareja de hecho, tanto usted como su cónyuge/pareja de hecho deben firmar este formulario de solicitud. Si no está casado, es menor de 18 años y solicita una póliza que solo lo cubre a usted mismo, su padre o tutor debe firmar. **Esta solicitud es válida únicamente cuando está completa y firmada por el solicitante.**



Es hora de terminar esto.

¡Guau! Lo hizo. Terminó la solicitud. Ahora, arranque las páginas que completó y envíenoslas.

1

Por correo:

Empaque esta solicitud completa y firmada en un sobre con un cheque para su primer pago. Envíe aquí:

**Highmark Blue Shield
P.O. Box 382178
Pittsburgh, PA 15251-8178**

¡Eso es todo, ya terminó! Estamos ansiosos por pasar el 2024 con usted.

¿Todo listo?

Verifique estos elementos para asegurarse de que su solicitud no se retrase:

- Asegúrese de haber dado su número de seguro social completo
- Si tiene un número de grupo, asegúrese de que esté completo.
- Su cheque debe incluirse con la solicitud.

Notas

Notas

La discriminación es ilegal

El administrador de reclamos/aseguradora cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo, incluyendo los estereotipos sexuales y la identidad de género. El administrador de reclamos/aseguradora no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo asignado al nacer, identidad de género ni género registrado. Además, el administrador de reclamos/aseguradora no negará ni limitará la cobertura de ningún servicio médico si el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado de una persona no corresponde al sexo para el que dicho servicio médico se presta normalmente. El administrador de reclamos/aseguradora no negará ni limitará la cobertura de un servicio médico específico relacionado con la transición de género si esa negación o limitación supone discriminar a una persona transgénero. El administrador de reclamos/aseguradora:

- Ayuda y presta servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratis de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si cree que el administrador de reclamos/aseguradora no le prestó estos servicios o lo discriminó de cualquier otra manera por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género, puede presentar una queja formal a: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, fax: 412-544-2475, correo electrónico: CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org. Puede presentar una queja formal en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Derechos Civiles puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services) electrónicamente en el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al número en la parte posterior de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

请注意：如果您说中文，可向您提供免费语言协助服务。请拨打您的身份证背面的号码（TTY：711）。

CHŪ Y: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Xin gọi số điện thoại ở mặt sau thẻ ID của quý vị (TTY: 711).

알림: 한국어를 사용하시는 분들을 위해 무료 통역이 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오 (TTY: 711).

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha kang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Tawagan ang numero sa likod ng iyong ID card (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Позвоните по номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты (номер для текст-телефонных устройств (TTY): 711).

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فهناك خدمات المعاونة في اللغة المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم الموجود خلف بطاقة هويتك (جهاز الاتصال لذوي صعوبات السمع والنطق: 711).

Kominike : Si se Kreyòl Ayisyen ou pale, gen sèvis entèprèt, gratis-ticheri, ki la pou ede w. Rele nan nimewo ki nan do kat idantite w la (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, les services d'assistance linguistique, gratuitement, sont à votre disposition. Appelez le numéro au dos de votre carte d'identité (TTY: 711).

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń pod numer podany na odwrocie karty ubezpieczenia zdrowotnego (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se a sua língua é o português, temos atendimento gratuito para você no seu idioma. Ligue para o número no verso da sua identidade (TTY: 711).

ATTENZIONE: se parla italiano, per lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica a titolo gratuito. Contatti il numero riportato sul retro della sua carta d'identità (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen unsere fremdsprachliche Unterstützung kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie dazu die auf der Rückseite Ihres Versicherungsausweises (TTY: 711) aufgeführte Nummer an.

注：日本語が母国語の方は言語アシスタンス・サービスを無料でご利用いただけます。ID カードの裏に明記されている番号に電話をおかけください (TTY: 711)。

توجه: اگر شما به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان، به صورت رایگان، در دسترس شماست. با شماره واقع در پشت کارت شناسایی خود (TTY: 711) تماس بگیرید.

U65_BS_G_M_1Col_8pt_blk_NL

**Sólo los productores deben preocuparse por la siguiente sección.
Si no es productor, no es necesario que complete esta página.**

Certificado de Productores

Si tiene preguntas sobre cómo completar esta solicitud, llame a la Línea de Productores al 1-800-652-9459.

Si este apartado no está cumplimentado en su totalidad, no pagaremos comisión.

NÚMERO DE PRODUCTOR NACIONAL (NPN)

NOMBRE DE LA AGENCIA

NOMBRE DEL PRODUCTOR (APELLIDO, NOMBRE,
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)

FIRMA DEL PRODUCTOR

NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL

Un PRODUCTOR debe completar esta sección para actuar en nombre del solicitante.

1. Considere cómo el solicitante respondió a sus preguntas. ¿Conoce algún factor que afecte la elegibilidad del solicitante? ¿Qué pasa con sus dependientes que solicitan esta cobertura?

Sí No

FIRMA DEL PRODUCTOR

FECHA

AGENCIA

2. ¿Le ha proporcionado al solicitante todos los materiales de marketing relevantes?

Sí No

3. ¿Le ha informado al solicitante sobre las características del producto que ha seleccionado, incluido el cumplimiento de su(s) deducible(s)?

Sí No

4. ¿Es este solicitante un cliente actual de Highmark?

Sí No

5. ¿Ha conservado una copia firmada de esta aplicación para sus registros?

Sí No

Nota: Ningún productor podrá:

1. Aceptar el riesgo o traspasar cualquier requisito de elegibilidad;
2. Realizar o alterar los términos de la Solicitud o póliza; o
3. Renunciar a cualquiera de los derechos o requisitos de Highmark.



Highmark Inc., que opera bajo el nombre comercial de Highmark Blue Shield
120 Fifth Avenue
Pittsburgh, PA 15222-3099

Highmark Blue Shield es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Isoalo uso interno

NÚMERO DE PRODUCTOR NACIONAL (NPN)

2024

se ve bastante bien.



Para encontrar más información sobre los beneficios y procedimientos operativos de Highmark, como acceder al formulario de medicamentos o Si utiliza proveedores de la red, visite [Highmark.com](https://www.highmark.com), desplácese hasta la parte inferior de la página y haga clic en Garantía de calidad o, para obtener una copia impresa, llame al 1-855-873-4106.

Highmark Blue Shield es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
El símbolo Blue Shield es una marca registrada de la Blue Cross Blue Shield Association.