Formulario de Aplicación para Planes Dentales, Planes de la Vista y Paquete de Plan Dental + Plan de la Vista

Blue Shield of California
Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Este formulario debe ser usado por las personas que aplican que desean inscribirse en un plan dental, un plan de la vista o el paquete de plan dental + plan de la vista Specialty Duo℠ individual y familiar (IFP, por sus siglas en inglés) de Blue Shield. Incluya la cuota/prima del primer mes para evitar que se le devuelva el formulario de aplicación.

Usted es elegible para cualquier plan dental, plan de la vista o para el paquete de plan dental + plan de la vista Specialty Duo℠ individual y familiar (IFP) si vive en California al momento de la inscripción. Si usted tenía un plan dental o de la vista IFP de Blue Shield que se canceló por alguna razón (ya sea que lo haya cancelado usted o Blue Shield), debe esperar seis meses a partir de la fecha de cancelación para volver a pedir el plan.

Parte 1: Información de la cobertura del plan

Motivo de la aplicación (elija una opción):
☐ Empezar una inscripción nueva ☐ Cambiarse a un plan diferente
☐ Agregar un familiar dependiente a la cobertura actual Fecha de comienzo pedida: _____

Opciones de cobertura:

Planes dentales:		**Planes de la vista:**	**Paquete de plan dental + plan de la vista:**
☐ Dental HMO ☐ Dental Standard HMO ☐ Dental PPO	☐ Dental PPO 1500 ☐ Enhanced Dental PPO 50/2000 ☐ Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500	☐ Ultimate Vision 15/25/120*	☐ Paquete Specialty Duo℠ (plan dental + plan de la vista)*

Solo para las personas que aplican para los planes Dental HMO: Elija un dentista del *Directorio de Proveedores* en **blueshieldca.com/fad** o llame al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), y los sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico).

Nombre del proveedor de Dental HMO: _____ Número de proveedor de Dental HMO: _____

Los planes Dental HMO y Dental Standard HMO no están disponibles en ciertos códigos postales, incluidos todos los de los condados de Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Del Norte, Glenn, Humboldt, Lake, Lassen, Marin, Mendocino, Modoc, Napa, Nevada, Plumas, San Luis Obispo, Santa Bárbara, Shasta, Sierra, Siskiyou, Sonoma, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne y Yuba.

Opción de seguro de vida*: El seguro de vida está disponible para las personas que aplican de entre 1 y 64 años. La cobertura se ofrece en cantidades de entre $10,000 y $100,000. Para las cantidades de beneficio de $50,000 en adelante se aplican ciertas condiciones. Para comprar una cobertura de seguro de vida, debe completarse un formulario de aplicación de seguro de vida por separado. Para conocer las tarifas del seguro de vida y pedir la cobertura, visite nuestro sitio web en **blueshieldca.com/term-life**.

*Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

Nota: Los formularios de Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales (SDBC, por sus siglas en inglés) están disponibles para todos los planes dentales. Esos formularios muestran un resumen de la cobertura y los beneficios de los planes. Visite **blueshieldca.com/policies** para descargar los formularios de SDBC correspondientes a cualquier plan dental que haya pedido.

Parte 2: Información de la persona principal que aplica

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Casado(a): ☐ Sí ☐ No Pareja doméstica: ☐ Sí ☐ No
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido	
¿Tiene actualmente cobertura dental por medio de Blue Shield? ☐ Sí ☐ No	Si contestó "Sí", escriba su plan		N.º de ident. de suscriptor del plan dental (si corresponde)
¿Tiene actualmente cobertura médica por medio de Blue Shield? ☐ Sí ☐ No	Si contestó "Sí", escriba su plan		N.º de ident. de suscriptor del plan médico (si corresponde)
¿Tiene actualmente cobertura de la vista por medio de Blue Shield? ☐ Sí ☐ No	Si contestó "Sí", escriba su plan		N.º de ident. de suscriptor del plan de la vista (si corresponde)

¿Su empleador le ofrece dinero para ayudar a pagar un plan de seguro de salud individual (a veces llamado acuerdo de reembolso de salud de cobertura individual [ICHRA, por sus siglas en inglés] o acuerdo de reembolso de salud para pequeños empleadores calificados [QSEHRA, por sus siglas en inglés])? ☐ Sí ☐ No

Preferencia para los mensajes ☐ Electrónicos ☐ En papel	N.º de teléfono celular de la persona que aplica	N.º de teléfono alternativo de la persona que aplica (línea fija)	N.º de teléfono del trabajo de la persona que aplica

Iniciales de la persona principal que aplica _____

Al brindar mi información de contacto en este formulario, acepto que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse conmigo sobre mi cuenta y los distintos programas de salud y bienestar disponibles para mí sin ningún costo, incluso por teléfono o texto, usando un marcador automático o una voz artificial o pregrabada; es posible que se apliquen las tarifas de datos estándar.

Acepto que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse conmigo sobre información promocional que pueda beneficiarme a mí y a mis dependientes, incluso por teléfono o texto a los números que puse en este formulario, usando un marcador automático o una voz artificial o pregrabada. Su participación es voluntaria y puede cancelar la autorización para recibir avisos cuando lo desee. Es posible que se apliquen las tarifas de datos estándar. ☐ Sí ☐ No

Dirección electrónica de la persona que aplica **(Necesaria para enviar comunicaciones electrónicas)**

Dirección del hogar (**NO** se aceptan casillas postales)		Número de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de facturación (si es distinta de la dirección del hogar)		Número de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal de la persona que aplica (si es distinta de la dirección del hogar)		Número de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal

Método de contacto de preferencia (marque uno):
☐ Teléfono del hogar u otro ☐ Teléfono del trabajo ☐ Teléfono celular ☐ Correo electrónico ☐ Correo común

Idioma de preferencia:
☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Vietnamita ☐ Coreano ☐ Otro _____

Parte 3(a): Información del cónyuge/pareja doméstica dependiente que aplica

☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del escrito anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del cónyuge/pareja doméstica que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (dirección; incluya el código postal y el estado)

Preferencia para los mensajes: ☐ Electrónicos ☐ En papel	N.º de teléfono celular de la persona que aplica	N.º de teléfono alternativo de la persona que aplica (línea fija)

Dirección electrónica de la persona que aplica **(Necesaria para enviar comunicaciones electrónicas)**

Al brindar la información de contacto de mi pareja/cónyuge en este formulario, tengo su autorización para aceptar en su nombre que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse con él/ella sobre nuestra cuenta y los distintos programas de salud y bienestar disponibles para nosotros sin ningún costo, incluso por teléfono o texto, usando un marcador automático o una voz artificial o pregrabada; es posible que se apliquen las tarifas de datos estándar.

Parte 3(b): Información de los hijos dependientes que aplican

Los hijos dependientes deben ser menores de 26 años. Si más de ocho hijos dependientes piden la cobertura, incluya una hoja adicional con toda la información que se pide a continuación, junto con su firma y la fecha.
Marque esta casilla si incluye una hoja adicional. ☐

1. ☐ Masculino ☐ Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del escrito anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (dirección; incluya el código postal y el estado)

Iniciales de la persona principal que aplica _____

2. ☐ Masculino ☐ Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del escrito anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (dirección; incluya el código postal y el estado)

3. ☐ Masculino ☐ Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del escrito anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (dirección; incluya el código postal y el estado)

4. ☐ Masculino ☐ Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del escrito anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (dirección; incluya el código postal y el estado)

5. ☐ Masculino ☐ Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del escrito anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (dirección; incluya el código postal y el estado)

6. ☐ Masculino ☐ Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del escrito anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (dirección; incluya el código postal y el estado)

7. ☐ Masculino ☐ Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del escrito anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (dirección; incluya el código postal y el estado)

8. ☐ Masculino ☐ Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del escrito anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (dirección; incluya el código postal y el estado)

Iniciales de la persona principal que aplica _____

Parte 4: Autorizaciones, términos y condiciones

Lea los siguientes términos y condiciones cuidadosamente. Todas las personas de 18 años en adelante que aplican deben revisar el formulario de aplicación completo e incluir su propia firma y autorización. Guarde una copia de este formulario para sus registros.

1. **Aplicación para obtener cobertura:** Entiendo que Blue Shield tiene derecho a rechazar mi aplicación para obtener cobertura. Además, entiendo que debo vivir en California para poder inscribirme en este plan o paquete. Le informaré a Blue Shield sobre cualquier cambio que tenga relación con mi elegibilidad para el plan dental, el plan de la vista o el paquete de plan dental + plan de la vista Specialty Duo℠. Además, acepto brindar la información que Blue Shield necesite para verificar mi elegibilidad o la continuidad de mi elegibilidad para la cobertura, y entiendo que la falta de cooperación podría ocasionar la cancelación de la cobertura. Si usa los servicios de un corredor como ayuda para inscribirse fácilmente, la retribución económica que recibe esa persona se basa en un porcentaje de su prima mensual total y está cubierta por Blue Shield. Su prima mensual no cambiará si decide usar los servicios de un corredor. Además, su corredor podría recibir una bonificación si cumple con ciertos objetivos de venta.
2. **Cuotas/primas del primer mes:** Blue Shield exige que las cuotas/primas del primer mes se paguen al momento de presentar el formulario de aplicación. Visite **buyblueshieldca.com** o comuníquese con su agente para conocer el costo aproximado de sus cuotas/primas mensuales. Para obtener información sobre las opciones de pago, vea la Parte 6. Si no envía el pago total de las cuotas/primas, se le devolverá su formulario de aplicación. Tenga en cuenta que el procesamiento de su pago no significa que se apruebe su formulario de aplicación de Blue Shield o Blue Shield Life. Si adjunta un cheque, este se destruirá.
3. **Cuotas/primas:** Las cuotas/primas se deben pagar en su totalidad antes de la fecha de vencimiento. La cobertura será cancelada por no pagar las cuotas/primas puntualmente, según lo que se establece en la *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud*/Póliza tal como lo permita la ley.
4. **Fecha de comienzo de la cobertura:** Si usted califica para la cobertura, Blue Shield le avisará la fecha de comienzo de su cobertura. Si Blue Shield no puede cumplir con la fecha de comienzo que usted pidió o no puede emitir la cobertura antes de la fecha que pidió, la cobertura empezará lo antes posible. Si se deben cuotas/primas adicionales, se debe recibir el pago antes de que empiece la cobertura. No están cubiertos los cargos generados por servicios recibidos antes de la fecha de comienzo o después de que se haya cancelado o terminado la cobertura.
5. **Aceptación del formulario de aplicación:** Usted entiende que únicamente Blue Shield puede aceptar su formulario de aplicación y emitir la cobertura de un plan o una póliza pedidos mediante este formulario. Su agente o corredor de seguros no puede emitir una cobertura, inscribirlo en ella ni cambiar ninguno de los términos o las condiciones de la cobertura.
6. **Padres/madres/tutores:** Si usted es el padre, la madre o el tutor legal de una persona menor de edad que aplica, firme en nombre de la persona que aplica al final de esta Parte 4. El padre, la madre o el tutor legal son las personas que pueden hacer consultas y actuar en nombre de la persona que aplica en relación con esta cobertura (según lo permitido por la ley). Además, usted acepta asumir toda la responsabilidad de los pagos de las cuotas/primas, y cumplir los términos y las condiciones de la cobertura. Si usted no es el padre ni la madre de la persona que aplica, incluya los documentos judiciales que lo nombran tutor legal del menor. Marque una de las siguientes casillas e identifique a la persona autorizada para actuar en nombre del menor (persona que aplica):
   ☐ Padre o madre únicamente _____ (incluya el nombre y la relación); o
   ☐ Tutor legal únicamente _____ (incluya el nombre y la relación); o
   ☐ Representante de la orden de apoyo médico calificado infantil _____ (incluya el nombre y la relación).
   ☐ Marque esta casilla si Blue Shield solo puede hacer cambios en el contrato si recibe un pedido por escrito de parte de la persona identificada anteriormente.
7. **Autorización para que el cónyuge/pareja doméstica haga cambios:** Si usted es una persona que aplica cuyo cónyuge/pareja doméstica también pide la cobertura, indique si autoriza a su cónyuge/pareja doméstica a hacer cambios en el contrato/póliza en nombre de usted. Usted puede suspender esta autorización en cualquier momento enviando un pedido por escrito a Blue Shield. ☐ **Sí** ☐ **No**
8. **Autorización para que su agente brinde u obtenga información:** Al dejar esta casilla en blanco, usted autoriza a su agente, corredor o productor de seguros (llamado "su agente") a tener acceso a toda la información incluida en este formulario de aplicación. Marque esta casilla si **no quiere** autorizar a su agente a hacer esto. ☐
9. **Proceso para autorizar a Blue Shield a revelar información personal y sobre la salud a un tercero:** Si desea autorizar a su cónyuge, a su pareja doméstica o a un tercero a obtener acceso a la información personal sobre su salud, complete el formulario llamado Authorization for the Use or Disclosure of Health Information (Autorización para el Uso o la Divulgación de Información sobre la Salud). Para obtener este formulario, visite **blueshieldca.com/privacy** o llame al **(888) 256-3650**.

Iniciales de la persona principal que aplica _____

10. **La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud exijan o usen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.**
11. **Respuesta a la información pedida:** Usted acepta cooperar con Blue Shield (o Blue Shield Life, según corresponda) brindando los documentos y otra información que se le pida (como órdenes judiciales para brindar cobertura a dependientes, etc.) o el acceso a ellos para confirmar la información incluida este formulario de aplicación para obtener cobertura. Usted reconoce y acepta que si no brinda o si se niega a brindar esos documentos u otra información que se le pida se puede rechazar este formulario de aplicación o rescindir o cancelar su cobertura.
12. **Recibir material y avisos de manera electrónica o impresa:** Usted recibirá material y avisos necesarios relacionados con la cobertura y el plan de beneficios por correo electrónico, en **blueshieldca.com/policies** y/o al iniciar sesión en el sitio web de Blue Shield, **blueshieldca.com**, según corresponda. Los documentos disponibles para usted de forma electrónica incluyen lo siguiente:
    - Tarjetas de identificación de suscriptor de Blue Shield.
    - Declaración de Beneficios (SOB, por sus siglas en inglés).
    - *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud* (EOC, por sus siglas en inglés)/Póliza.
    - Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales (SDBC).

    Tiene derecho a recibir material impreso por correo postal en cualquier momento y sin costo alguno. Si desea recibir material impreso por correo postal o cancelar la autorización para recibir avisos por correo electrónico, o si tiene alguna pregunta, llame al **(888) 256-3650**.

He revisado todas las respuestas que se relacionan conmigo en este formulario de aplicación. He leído el Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales, según corresponda, el Resumen de Beneficios y los términos y las condiciones de la cobertura, y las autorizaciones establecidas anteriormente. Con mi propia firma más abajo, declaro que la información que di en este formulario de aplicación es exacta y está completa hasta donde yo sé, y entiendo y acepto los términos y las condiciones de la cobertura y las autorizaciones que he brindado. (Importante: Todas las personas adultas que aplican deben firmar a continuación). Entiendo que debo informar a Blue Shield si hay algún cambio o diferencia en la información que incluí en este formulario de aplicación antes de que empiece mi inscripción en Blue Shield.

Firma de la persona que aplica (padre, madre o tutor legal si la persona que aplica es menor de edad)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta (y su relación si la persona que aplica es menor de edad)
Firma de la persona que aplica (padre, madre o tutor legal si la persona que aplica es menor de edad)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta (y su relación si la persona que aplica es menor de edad)
Firma del cónyuge/pareja doméstica de la persona que aplica (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta

Importante: Envíe el formulario de aplicación dentro de los 30 días después de firmarlo y colocar la(s) fecha(s).

Iniciales de la persona principal que aplica _____

Parte 5: Información del productor; debe ser completada por un agente autorizado de Blue Shield

1. ¿Usted completó este formulario de aplicación? ☐ Sí ☐ No

2. Si contestó "Sí", ¿hizo las preguntas de este formulario exactamente como aparecen aquí? ☐ Sí ☐ No

3.¿Registró las respuestas exactamente con la información que recibió? ☐ Sí ☐ No. Incluya una explicación.

4.¿Desea que la *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud*/Póliza se envíe directamente al suscriptor? ☐ Sí ☐ No

Nombre del productor (la entidad o la persona que recibirá las comisiones)

Dirección electrónica ☐ Actualizar dirección electrónica	Número de productor
N.º de teléfono ☐ Actualizar n.º de teléfono	N.º de fax ☐ Actualizar n.º de fax

Dirección del productor ☐ Actualizar dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del superproductor	Número de superproductor	

Al firmar más abajo, yo, como agente, corredor, abogado, firma de abogados o representante que ha ayudado a la persona que aplica a presentar este formulario de aplicación, verifico que, hasta donde yo sé, la información del formulario está completa y es exacta. Le he explicado a esta persona, de manera fácil de entender, el riesgo que significa para esta persona brindar información incorrecta, y entendió la explicación.
Si un declarante intencionalmente afirma como verdadero cualquier hecho fundamental que sabe que es falso, esa persona estará sujeta a una multa civil de hasta diez mil dólares ($10,000), además de cualquier sanción o determinación disponible que corresponda según la ley actual.

Firma del productor (obligatoria)	Fecha de hoy (obligatoria)	Nombre en letra de imprenta

Productores: Asegúrese de que todas las partes del formulario de aplicación estén completas. En el caso de que falte información o de que la información esté incompleta, es posible que Blue Shield se comunique directamente con la persona que aplica para obtener la información completa.

Envíe el formulario completo y firmado por fax, por correo electrónico o por correo postal a:

Installation and Billing
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-1912
Fax: **(888) 386-3420**
Dirección electrónica: **IFPapplications@blueshieldca.com**

Solo para uso interno
Nombre del DSA: _____
Número del DSA: _____
Número de productor: _____

Parte 6: Información sobre la facturación y el pago

Calcule el costo aproximado de las cuotas/primas mensuales

- Visite **buyblueshieldca.com** o hable con su agente para conocer el costo aproximado de sus cuotas/primas.
- Las cuotas/primas del primer mes se deben pagar al momento de presentar el formulario de aplicación.
- Blue Shield emitirá una cuota/prima final antes de cualquier fecha de comienzo de la cobertura. Si la cantidad final es distinta de la cantidad aproximada de las cuotas/primas y se deben cantidades adicionales, el pago deberá recibirse antes de que empiece la cobertura.

Opciones de pago

Su cuota/prima del primer mes puede pagarse enviando un cheque* o un giro postal.

* Cuando paga con un cheque, autoriza a Blue Shield a usar la información de su cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos por única vez de su cuenta o a procesar el pago como una transacción de cheque. Cuando usemos la información de su cheque para hacer una transferencia de fondos electrónica, estos se debitarán de su cuenta tan pronto como aprobemos su formulario de aplicación y no recibirá el cheque de vuelta a través de su institución financiera.