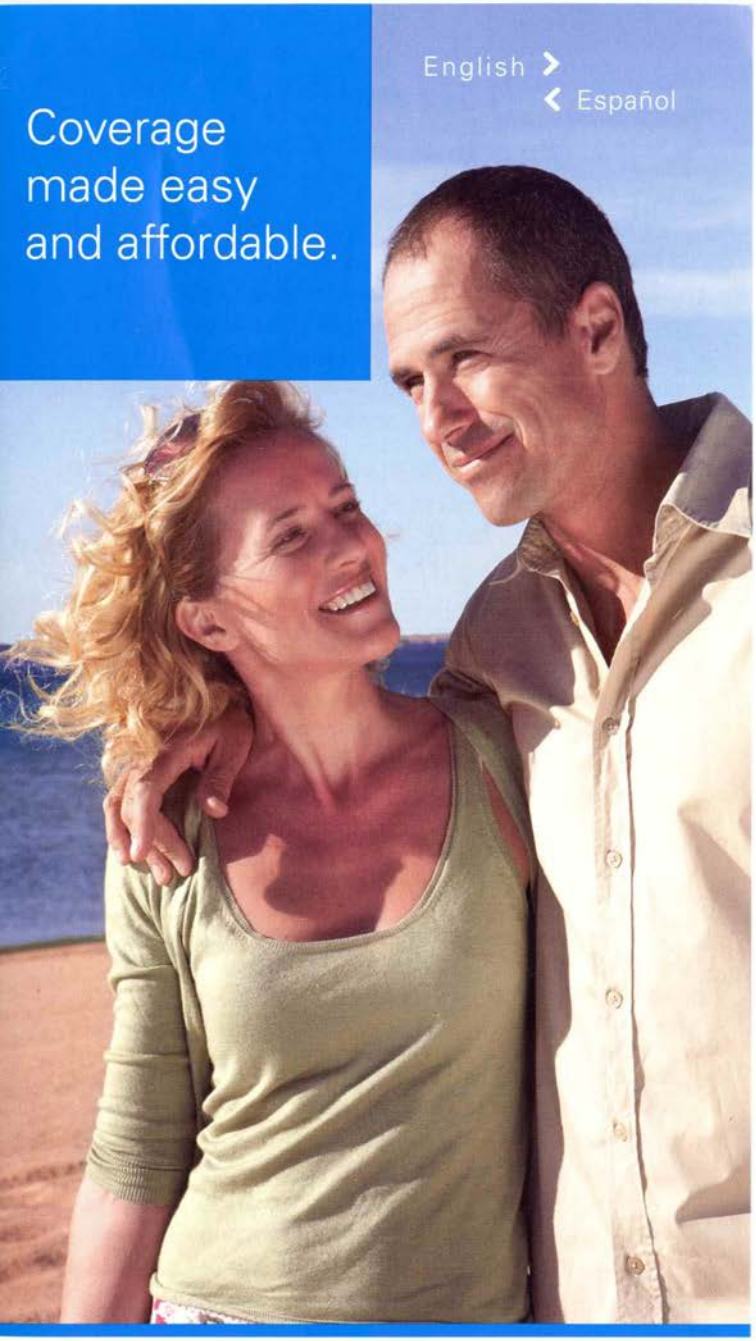
English >
< Español

Coverage made easy and affordable.



Cover Florida Program

A Limited Health Benefit Plan

BlueCross BlueShield of Florida
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

COVER FLORIDA

67363B-1108 SR AGT

You've got Blue on your side.

Our health plan[1] under the Cover Florida Program offers a new solution to Floridians looking for affordable health coverage. **We make it simple for you to go the doctor or dentist for routine care, and get the prescription medications or lab tests you may need.** We've got a plan to help you stay healthy—and save money, too. We even offer an option that covers **hospital stays.**

To be eligible to enroll in the plan, you must be a Florida resident between the ages of 19-64, have been without health insurance for six months or longer (there are a few exceptions); and are not eligible for any public health insurance programs (such as Medicaid). However, there are no health questions to answer or medical tests to take, so you are guaranteed coverage if you meet the other requirements. **This guarantee, combined with affordable premiums and discounted services, helps make everyday health care accessible to those who need it most.**

Here's how it works:

Our plan gives you basic and preventive health and dental care benefits, plus access to more affordable in-network rates.

When you need care, we'll pay up to $50, and you'll pay the balance of the charge. However, when you receive care from a participating provider, instead of paying a doctor's or dentists' normal fee for services, you pay a lower rate, pre-negotiated by us, that saves you money. You get the care you need, and your cost is limited to our network rates. We have a large network[2] of participating doctors and dentists, so it's easy to make an appointment.

To get the best value:
visit doctors and dentists who are in-network. You'll save money, since you'll pay the lower, pre-negotiated rate for their services.

Enrolling in our plan is easy,

and you can't be turned down for medical reasons. To get started, call or see your local agent today!

Medical Benefits

- You can choose any provider you want, whenever you want. While your costs will vary depending on where you go and who performs the service, **the best value for your health care dollar is always within our provider network.**
- You are covered for up to $50 per provider, per date of service. This includes services like allergy testing and injections, sick visits, routine preventive care and wellness visits.
- More good news: **Lab services cost you nothing if you go to Quest Diagnostics** for covered services like blood tests, health screenings and monitoring tests, etc., that your doctor may order.
- Plus, mammograms are at no cost to you.

You have a choice of Cover Florida Plan I or Plan II. You get all of the above with both plans. Although, with Plan II you also have coverage for:

- A covered hospital admission.
- Covered outpatient surgeries as an outpatient of a hospital, ambulatory surgical center, or a physician's office (i.e. bone setting, casting and/or stitching).
- Diagnostic services such as X-rays, ultrasound, and CAT scans, when part of a hospital inpatient service or proximately related to an outpatient surgical service.

The Cover Florida plans are very convenient and easy to use. Your member ID card can be swiped at any doctor's office and get an estimate of what you'll pay. And, there are no claims to file if you receive services from a participating provider.

[1]Plans have limitations and exclusions. The level of benefits and premium will vary depending on the plan selected. If you're converting from Group coverage and seeking a full benefits plan with a choice of copay, coinsurance or deductible options, ask us about our other products.

[2]NetworkBlue is one of our Preferred Provider Networks made up of independent hospitals, physicians and ancillary providers.

Benefit Highlights
(partial list)

- The 'Allowed Amount' is the amount we have negotiated with providers for payment of covered services, instead of a member paying the full charge for a service.

- The 'Balance' is the difference between our payment and the amount an In-network provider agrees to accept as payment in full for covered services (the Allowed Amount). If you choose to go Out-of-network, the balance is their charge to you for covered services MINUS our payment (it will likely cost you more if you visit Out-of-network providers). You are responsible for paying the doctor or provider this "balance."

- PCY = Per Calendar Year

- CYD = Calendar Year Deductible: The amount you owe before we begin to pay for covered services.

After you enroll, you'll receive a complete **member booklet** that tells you how to use your plan—and what's covered—so you can get the most value from your plan benefits.

See Plan I and Plan II Benefit Summaries for specific details of each plan.

Plan I and Plan II Benefits for Covered Services	We pay (per service)	You pay
Doctor visits Family physician Specialists	Up to $50	The balance
Preventive Care Cervical cancer screenings Routine adult physical exams Prostate screenings Immunizations Colonoscopy	Up to $50	The balance
Mammograms	We pay 100%	Nothing
Urgent Care Centers*	Up to $50	The balance
Prescriptions	Up to $15	The balance
Laboratory services	100% – if you use Quest Diagnostics, the in-network provider	$ 0 – when you use Quest Diagnostics
Mental health services (outpatient only)	Up to $50	The balance
Dental Dental services like routine exams, and cleanings, X-rays, fillings and routine tooth extractions	Up to $50	The balance
Plan II additional benefits (including the above benefits)		
ER visits Surgical & Non-Surgical	Once CYD is met, we pay 80% of Allowed Amount	In-network: Once you meet your CYD you'll pay 20% of Allowed Amount
Outpatient Hospital Facility Services – Services Related to Surgery Only (per visit) (e.g, blood work and X-rays)		
Ambulatory Surgical Center Facility (ASC) – Services Related to Surgery Only.		
Inpatient Hospital Facility & Rehab Services (per admission) – Rehab limited to 21 days PCY		

*A hospital emergency room (ER) is not an urgent care center.

Valuable extras

With the Cover Florida plan, you'll have access to all of our **Blueprint for Health resources and personalized online tools**[3]—information on conditions, preventive measures, disease management, treatments, providers and more. You'll also enjoy access to **valuable discounts**[4] **on health-related programs and services.** Plus, real people, real-time 24/7 for support, answers and guidance whenever you need it. It's a complete support solution at no additional cost.

[3]As a courtesy, BCBSF has entered into arrangements with various vendors to provide value-added features that include care decision support tools and services to its members. These programs are not part of insurance coverage. All decisions that members make pertaining to medical/clinical judgment should be made in conjunction with their physician since neither BCBSF nor its vendors provide medical care or advice.

[4]Discounts available as a courtesy to all BCBSF members through separate business partners. Discounts may be used once covered benefits, if any, are exhausted.

With Cover Florida plans, acceptance is guaranteed;

you can't be turned down for medical reasons. Enroll today, and start saving right away. Call or see your agent today!

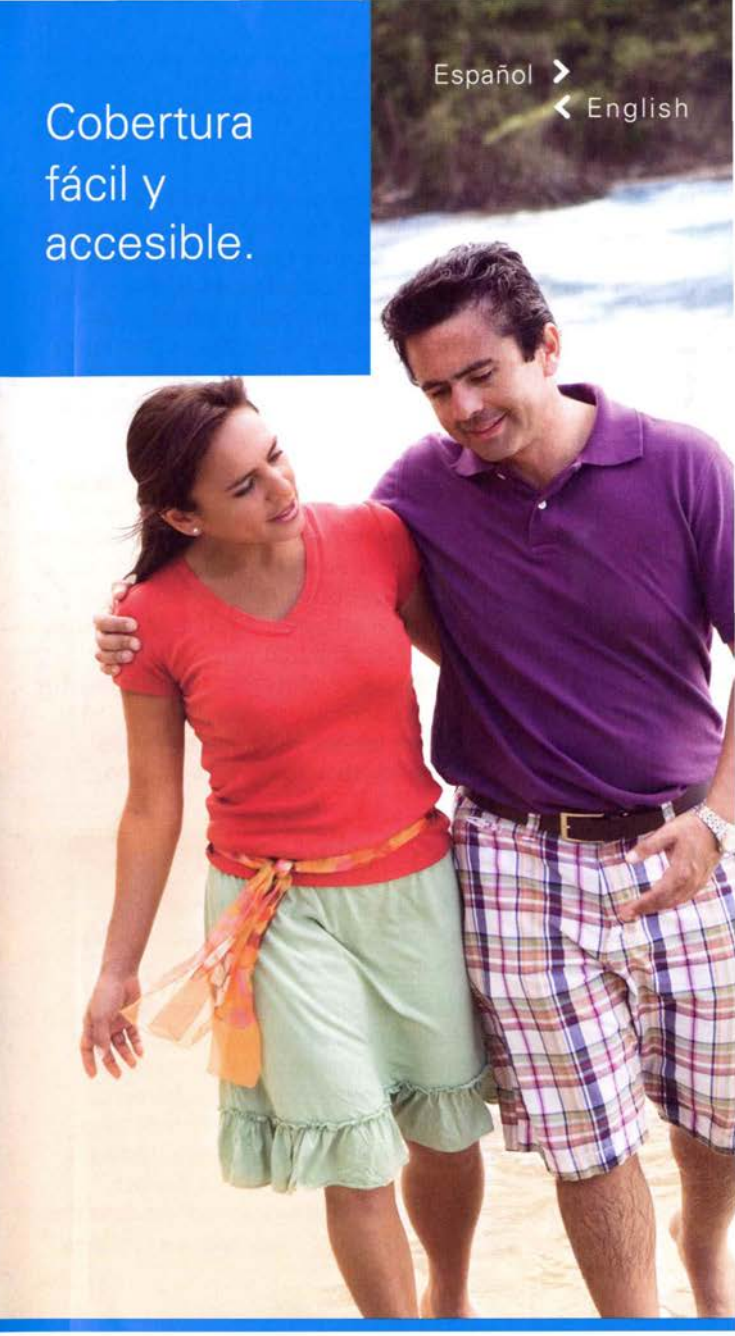
Monthly Premium for Plan I Per Person

AGE	RATE
19	$24.00
20	$26.00
21	$28.00
22	$30.00
23	$32.00
24	$34.00
25	$35.00
26	$37.00
27	$38.00
28	$39.00
29	$41.00
30	$42.00
31	$43.00
32	$44.00
33-34	$45.00
35	$46.00
36	$47.00
37-38	$48.00
39	$49.00
40-41	$50.00
42-43	$51.00
44-45	$52.00
46-47	$53.00
48	$54.00
49-50	$55.00
51	$56.00
52-53	$57.00
54	$58.00
55	$59.00
56	$60.00
57	$61.00
58	$62.00
59	$63.00
60	$64.00
61	$65.00
62	$67.00
63	$68.00
64	$70.00

Plan I rates are valid for a male or female anywhere in Florida. Ask your agent for Plan II rates, as they differ based on gender, county and age.

Español >
< English

Cobertura fácil y accesible.



Programa Cover Florida

Un Plan de beneficios de salud limitado

BlueCross BlueShield of Florida
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

COVER FLORIDA

67363B-1108 SR AGT

Usted tiene a Blue de su parte.

Nuestro plan de salud[1] bajo el Programa Cover Florida ofrece una nueva solución a los Floridenses que buscan coberturas de salud accesibles. **Le facilitamos que pueda acudir al médico o al dentista para los cuidados de rutina y que obtenga las recetas de medicamentos o pruebas de laboratorio que pueda necesitar.** Tenemos un plan[1] para ayudarlo a mantenerse saludable y, a la vez, ahorrar dinero. Incluso, ofrecemos una opción que cubre sus **estadías en el hospital.**

Para ser elegible al plan, debe ser residente de la Florida y tener entre 19 y 64 años de edad. Debe haber estado sin seguro de salud durante seis meses o más (existen algunas excepciones); y no ser elegible a ningún programa de salud público (como por ejemplo: Medicaid). Sin embargo, no hay preguntas de salud que responder ni pruebas médicas que hacerse, de manera que cuenta con garantía de cobertura si cumple con los otros requisitos. **Esta garantía, combinada con primas y servicios de descuento accesibles, le proporciona un accesible cuidado de la salud diario para aquellos que más lo necesitan.**

Así es como funciona:

Nuestro plan le ofrece beneficios de cuidado básico y preventivo de salud, y cuidado dental, además de acceso a tarifas más razonables dentro de la red.

Cuando necesita cuidado, nosotros pagamos hasta $50 y usted pagará el saldo del cargo. Sin embargo, cuando recibe cuidado de un proveedor participante, en lugar de pagar los honorarios normales por los servicios de un médico o dentista, usted paga una tarifa más baja, prenegociada por nosotros, que le ahorra dinero. Usted obtiene el cuidado que necesita y su costo se limita a nuestras tarifas de red. Tenemos una amplia red[2] de dentistas y médicos participantes, por lo que es fácil solicitar una cita.

Para obtener el mejor valor, *visite médicos y dentistas que estén dentro de la red. Usted ahorrará dinero, pues pagará la tarifa más baja, prenegociada para sus servicios.*

La inscripción en nuestro plan es simple

y usted no puede ser rechazado por razones médicas. Para comenzar, ¡llame o vea a su agente local hoy mismo!

Beneficios médicos:

- Usted puede seleccionar cualquier proveedor que desee, cuando lo desee. Si bien sus costos pueden variar dependiendo adonde vaya y quién realice el servicio, **el mejor valor para su dólar en cuidado de la salud siempre está dentro de su red de proveedores.**
- Usted está cubierto hasta $50 por proveedor, por fecha de servicios. Esto incluye los servicios como inyecciones y pruebas de alergia, visitas médicas, cuidados de prevención de rutina y visitas de servicios de medicina preventiva.
- Más buenas noticias: **Los servicios de laboratorio no le cuestan nada si usted va a Quest Diagnostics** para los servicios cubiertos, como análisis de sangre, exámenes de salud y pruebas de control, etc., que pueda solicitarle su médico.
- Además, las mamografías están cubiertas sin costo para usted.

Usted tiene la opción del Plan I o el Plan II de Cover Florida. Con ambos planes obtiene todo lo detallado anteriormente. Sin embargo, con el Plan II también tiene cobertura para:

- Una admisión cubierta al hospital.
- Cirugías ambulatorias cubiertas como paciente externo de un hospital, un centro quirúrgico ambulatorio o del consultorio de un médico (por ejemplo: acomodar un hueso, colocar un yeso y/o suturas).
- Servicios de diagnóstico tales como radiografías, ecografías o tomografías computarizadas, cuando formen parte de un servicio al paciente hospitalizado o a un servicio quirúrgico ambulatorio.

Los planes de Cover Florida son muy convenientes y fáciles de utilizar. Puede usar su tarjeta de identificación de miembro en cualquier consultorio médico y obtener un estimado de lo que deberá pagar. Además, no hay reclamos que presentar si recibe los servicios de un proveedor participante.

[1]Los planes tienen limitaciones y exclusiones. El nivel de beneficios y de primas variará dependiendo del plan seleccionado. Si usted está cambiando de cobertura grupal y busca un plan de beneficios completo con opción a copago, coseguro o deducible, consulte nuestros otros productos.

[2]La red NetworkBlue es una nuestros plan es simple y usted no puede ser rechazado por razones médicos.

Puntos destacados de los Beneficios

(lista parcial)

- El 'Monto permitido' es el monto que hemos negociado con los proveedores para el pago de los servicios cubiertos, en lugar de que un miembro pague el cargo total por un servicio.

- El 'Saldo' es la diferencia entre nuestro pago y el monto que un proveedor de la red acuerda aceptar como pago completo por los servicios cubiertos (el monto permitido). Si decide salir de la red, el saldo es el cargo para usted por los servicios cubiertos MENOS nuestro pago (seguramente le costará más si visita a proveedores fuera de la red). Usted es responsable de pagar este "saldo" al médico o al proveedor.

- PCY = Por Año Calendario

- CYD = Deducible del año calendario. El monto que debe contribuir antes de comenzar a pagar por los servicios cubiertos.

Después de inscribirse, recibirá un **folleto de asegurado** completo que le dirá cómo debe usar el plan y lo que está cubierto, a fin de que pueda obtener el máximo valor de los beneficios de su plan.

Consulte los resúmenes de beneficios del Plan I y Plan II para detalles específicos de cada plan

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términus en inglés controlarán en caso de disputas con respecto al significado de este documento o sus términos.

Plan I y Plan II Beneficios para Servicios Cubiertos	Nosotros pagamos (por servicio)	Usted paga
Visitas médicas Médico Familiar Especialistas	Hasta $50	El saldo
Cuidados Preventivos Exámenes de cáncer cervical Exámenes físicos de rutina para adultos Exámenes de próstata Vacunas Colonoscopia	Hasta $50	El saldo
Mamografías	Pagamos 100%	Nada
Centros de Cuidado de Urgencia *	Hasta $50	El saldo
Medicamentos Recetados	Hasta $15	El saldo
Servicios de laboratorio	100% – Si utiliza Quest Dagnostics, el proveedor de su red.	$ 0 – Cuando utiliza Quest Diagnostics
Servicios de salud mental (sólo pacientes ambulatorios)	Hasta $50	El saldo
Cuidados Dentales Los servicios dentales, como los exámenes de rutina y las limpiezas, radiografías, rellenos y extracciones de dientes de rutina.	Hasta $50	El saldo
Plan II: beneficios adicionales (que incluye los beneficios anteriormente mencinados)		
Visitas a la Sala de Urgencias Quirúrgico y No quirúrgico	Una vez que se cumple con el deducible del año calendario (CYD), pagamos 80% del monto permitido.	Dentro de la red Una vez que cumplió con su CYD, deberá pagar 20% del monto permitido
Servicios de establecimientos de hospitalización para pacientes ambulatorios – Servicios relacionados con la cirugía únicamente (por visita) (por ej., análisis de sangre y radiografías).		
Establecimiento del Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC): Únicamente – Servicios relacionados con cirugías.		
Servicios de Rehabilitación y Establecimientos de Hospitalización para pacientes internados (por admisión) – Rehabilitación Limitada a 21 días por año calendario (PCY).		

*La sala de urgencias de un hospital (ER) no es un centro de cuidado de urgencia.

Beneficios adicionales valiosos

Con el plan de Cover Florida, usted tendrá acceso a todos nuestros **recursos y herramientas personalizadas en línea[3] Blueprint for Health**: información sobre las condiciones, medidas de prevención, manejo de la enfermedad, tratamientos, proveedores y más. También tendrá **descuentos importantes[4] en los programas y servicios relativos a la salud**. Además, habrá personas reales, en tiempo real las 24 horas del día, los siete días de la semana para ofrecerle asistencia, respuestas y guía siempre que lo necesite. Es una solución completa de asistencia, sin costo adicional.

[3]Como cortesía, BCBSF ha celebrado acuerdos con varios proveedores para ofrecer a sus asegurados recursos con valor agregado, entre ellos, servicios y herramientas de apoyo para tomar decisiones de salud. Estos programas no forman parte de la cobertura del seguro. Todas las decisiones que tomen los asegurados relacionadas con criterios médicos y clínicos deben tomarlas en conjunto con su médico, dado que ni BCBSF ni los proveedores de estos servicios suministran asesoramiento ni cuidados médicos.

[4]Descuentos disponibles como cortesía para todos los asegurados de BCBSF mediante socios comerciales independientes. Los descuentos pueden utilizarse una vez que los beneficios cubiertos, si existieran, hayan sido agotados.

Con los planes de Cover Florida, la aceptación está garantizada y usted no puede ser rechazado por razones médicas.

Inscríbase hoy y comience a ahorrar de inmediato. ¡Llame o visite hoy a su agente!

Prima mensual para el Plan I por persona

EDAD	TARIFA
19	$24.00
20	$26.00
21	$28.00
22	$30.00
23	$32.00
24	$34.00
25	$35.00
26	$37.00
27	$38.00
28	$39.00
29	$41.00
30	$42.00
31	$43.00
32	$44.00
33-34	$45.00
35	$46.00
36	$47.00
37-38	$48.00
39	$49.00
40-41	$50.00
42-43	$51.00
44-45	$52.00
46-47	$53.00
48	$54.00
49-50	$55.00
51	$56.00
52-53	$57.00
54	$58.00
55	$59.00
56	$60.00
57	$61.00
58	$62.00
59	$63.00
60	$64.00
61	$65.00
62	$67.00
63	$68.00
64	$70.00

Las tarifas del Plan I son válidas para pacientes tanto hombres como mujeres en cualquier lugar de la Florida. Pida a su agente las tarifas del Plan II, pues difieren en base al sexo, condado y edad.

BlueCross BlueShield of Florida
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Cover Florida

KEY CODE

SECTION A

(1) APPLICANT NAME (LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL)

(2) APPLICANT ADDRESS (STREET ADDRESS, CITY, COUNTY, STATE, ZIP CODE)

(3) OTHER MAILING ADDRESS IF DIFFERENT THAN IN QUESTION #2 ☐ Billing Only ☐ Correspondence & Billing
Address: City: State: Zip:

(4) MARITAL STATUS ☐ SINGLE ☐ MARRIED

(5) SEX ☐ M ☐ F

(6) This information is optional and is for data collection only. It will not determine eligibility, rating or claim payment. Language Preference: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other: _____

(7) TELEPHONE NUMBER
( )

(8) APPLICANT INFORMATION

Social Security Number (or Tax ID if no SSN issued)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Age	Zip Code	**Premium**
				$

SECTION B

(1) Will the coverage being applied for **replace** your current medical insurance? ☐ Yes ☐ No (If yes, please complete the following information.)

Name of Company: _____ Policy Number: _____

Effective Date of Current Coverage: _____ (MM/DD/YYYY) Termination Date of Current Coverage: _____ (MM/DD/YYYY)

Mailing Address of Company: _____

(2) If coverage in #1 was not in effect for at least 12 months, please provide the following information for your prior coverage.

Name of Company: _____ Policy Number: _____

Effective Date & Termination Date of Policy: _____ (MM/DD/YYYY) through _____ (MM/DD/YYYY)

Mailing Address of Company: _____

SEC. C

(1) BENEFIT OPTION SELECTED: ☐ Plan I ☐ Plan II

(2) Are you interested in the Automatic Payment Option (APO)? ☐ Yes ☐ No
Billing Mode – Pay Every: ☐ Month (APO only), ☐ 2 Months, ☐ 3 Months, ☐ 4 Months, ☐ 6 Months, ☐ 12 Months

SECTION D

Coverage under this contract will be provided without evidence of insurability if: (1) I am uninsured at the time of application and between the ages of 19 and 64; and (2) I am not covered by a private insurance policy; and (3) I am not eligible for coverage through a public health insurance program unless that eligibility has lapsed due to no longer meeting income or categorical requirements; and (4) I have not been covered by any health insurance program at any time during the six months immediately prior to applying for this coverage unless coverage under such program was terminated due to: (a) loss of a job that provided an employer-sponsored health benefit plan; or (b) exhaustion of coverage that was continued under COBRA or continuation of coverage requirements under Florida Statutes; or (c) reaching the limiting age under the policy; or (d) death of or divorce from a spouse who was provided an employer-sponsored health benefit plan.

I understand Cover Florida Plan II has a 12-month pre-existing condition limitation for any condition, regardless of the cause of the condition, for which medical advice, diagnosis or treatment was recommended or received within the 6-month period immediately prior to my effective date of coverage. I understand the 12-month pre-existing condition limitation may be reduced if I have prior creditable coverage that was in effect within 63 days of the effective date of my coverage under Cover Florida.

SECTION E

I hereby apply for the coverage selected on this application form. I understand that the coverage shall not become effective until this application is accepted, the initial premium paid, and an effective date is assigned to my coverage by BCBSF. The coverage effective date will be the first available BCBSF billing date (1st, 8th, 15th or 23rd) after approval of this application unless an advance effective date is specified below. I have read this application carefully and I represent that the information I have provided in this application is true and complete. I understand that this information is the basis for determining the issuance or denial of coverage and any misstatement or omission may result in the denial of benefits and/or the termination of coverage. I understand that from time to time a rate adjustment may be necessary for any given product and that the premium rate for my coverage may change on the product anniversary date due to an increase in my age. I understand that if any additional premium is required, my billing notice will reflect the additional premium. I understand that any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurer files a statement of claim or application containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony of the third degree. I further understand that there will be no continuation of benefits (continuous coverage) if I purchase another BCBSF policy and any condition that may have occurred under this policy may be treated as a pre-existing condition under the subsequent policy. I understand that this product provides limited benefits and is not considered major medical coverage.

I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other medical or medically-related provider, insurance company, employer or other organization, institution or person that has medical records or any other knowledge of me to release such information to BCBSF. This release specifically includes, but is not limited to, authorization to release any and all medical records and information associated with (or with reference to) the following conditions: exposure to HIV infection, ARC, AIDS, alcohol or drug dependency, and mental and nervous disorders.

I understand that BCBSF may cancel this coverage for all individuals covered by it after giving 90 days notice and that any unearned premiums will be returned to me. I also understand that such action will not be taken solely because of the amount of claims paid under this contract.

Advance Effective Date _____ Only fill this in if future effective date is requested

Applicant's Signature _____ Licensed Agent _____ (PRINTED AND SIGNATURE)

SECTION F

Initial Payment

Please include a premium check made payable to Blue Cross and Blue Shield of Florida. The initial payment should match the Premium in Box # 8 above. The application and check should be mailed to Blue Cross and Blue Shield of Florida in the business reply envelope that has been provided to you.

Initial Payment $ _____ (Amount Enclosed)

This initial payment is subject to all terms, conditions and representations contained in the application and the coverage applied for. If my application is denied, I understand that I will not receive a contract and my initial payment will be refunded to me.

BlueCross BlueShield of Florida
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Cover Florida

CÓDIGO CLAVE

SECCIÓN A

(1) NOMBRE DEL SOLICITANTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)

(2) DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE (NÚMERO DE CALLE, CIUDAD, CONDADO, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)

(3) OTRA DIRECCIÓN DE CORREO, SI ES DIFERENTE DE LA INDICADA EN EL #2 ☐ SÓLO PARA FACTURACIÓN ☐ CORRESPONDENCIA Y FACTURACIÓN
Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:

(4) ESTADO CIVIL ☐ SOLTERO(A) ☐ CASADO(A)

(5) SEXO ☐ M ☐ F

(6) Información opcional, sólo con fines de recolección de datos. No se tendrá en cuenta para propósitos de elegibilidad, evaluación ni pago de reclamaciones.
Preferencia de Idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

(7) NÚMERO TELEFÓNICO ( )

(8) INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Número del Seguro Social (o Identificación Fiscal si no tiene Seguro)	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Edad	Código Postal	**Prima del Seguro**
				$

SECCIÓN B

(1) ¿Piensa **reemplazar** su actual seguro médico con ésta cobertura? ☐ Sí ☐ No (Si su respuesta es afirmativa complete la siguiente informa.)

Nombre de la Compañía: _____ Número de Póliza: _____

Fecha de Vigencia de la Cobertura Actual: _____ (MM/DD/AAAA) Fecha de Terminación de la Cobertura Actual: _____ (MM/DD/AAAA)

Dirección Postal de la Compañía: _____

(2) Si la cobertura en el #1 no estaba en vigor por al menos 12 meses, por favor provea la siguiente información sobre su cobertura anterior.

Nombre de la Compañía: _____ Número de la Póliza: _____

Fecha de Vigencia y de Terminación de la Póliza: _____ (MM/DD/AAAA) hasta _____ (MM/DD/AAAA)

Dirección Postal de la Compañía: _____

SEC.C

(1) OPCIÓN DE BENEFICIOS SELECCIONADA: ☐ Plan I ☐ Plan II

(2) ¿Le interesa la Opción de Pago Automático (APO, por sus siglas en inglés)? ☐ Sí ☐ No
Modo de Facturación – Pague Cada: ☐ Mes (sólo APO), ☐ 2 Meses, ☐ 3 Meses, ☐ 4 Meses , ☐ 6 Meses, ☐ 12 Meses

SECCIÓN D

Se ofrece cobertura bajo este contrato sin prueba de seguro cuando: (1) no tengo seguro en el momento de solicitar la aplicación y tengo entre 19 y 64 años; y (2) no tengo cobertura bajo una póliza de seguro privada; y (3) no soy elegible a cobertura por medio de una programa publico de salud, salvo si mi periodo de elegibilidad ha terminado por no reunir los requisitos de ingreso o categoría necesarios; y (4) no he tenido cobertura con ningún programa de seguro durante seis meses antes de aplicar a esta cobertura, salvo que la cobertura bajo ese programa se halla terminado por lo siguiente: (a) perdí un trabajo que me proporcionaba una plan de beneficios de salud para empleados; o (b) se agotó la cobertura bajo COBRA o los requisitos de cobertura según los Estatutos de Florida; o (c) por haber alcanzado la edad límite; o (d) por la muerte o divorcio del conyugue que contaba con un plan de beneficio de salud a través de su empleador. Entiendo que el Plan II de Cover Florida tiene un límite de 12 meses para cualquier condición preexistente, no importa cual sea la causa de la condición o enfermedad para la cual se recomendó o recibió consejo médico, diagnóstico o tratamiento durante un periodo de 6 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia de cobertura. Entiendo que el límite de 12 meses por una condición preexistente se podría reducir si tengo cobertura honorable que estaba en vigor a 63 días de la fecha de vigencia de cobertura bajo Cover Florida.

SECCIÓN E

Por medio de la presente, solicito la cobertura seleccionada en este formulario de solicitud. Comprendo que la cobertura sólo entrará en vigencia tras la aceptación de esta solicitud, el pago de la prima inicial y la asignación de una fecha de vigencia por parte de BCBSF. La fecha de vigencia de la cobertura será la primera fecha de facturación disponible en BCBSF tras la aprobación de esta solicitud (el día 1º, 8, 15 ó 23).He leído atentamente la solicitud y declaro que la información que he suministrado en la misma es correcta y completa. Comprendo que esta información servirá de base para la aprobación o el rechazo de la cobertura, y que toda declaración errónea u omisión podrá tener como consecuencia la negación de los beneficios y/o la terminación de la cobertura. Comprendo que periódicamente puede ser necesario un ajuste en la tarifa de un producto dado y que la tarifa para la prima de mi cobertura puede cambiar cada vez que cumpla un nuevo año de afiliación, debido al aumento de mi edad. Comprendo que si fuera necesaria una prima adicional, aparecerá en la nota de facturación la prima adicional. Entiendo que toda persona que suministre información falsa, incompleta o engañosa al diligenciar una declaración de reclamación o solicitud, y lo haga de manera deliberada y con la intención de hacer daño, defraudar o engañar a un asegurador, será culpable de un delito grave de tercer grado. Entiendo que si adquiero otra póliza de BCBSF no podré gozar de una continuación de beneficios (cobertura continua) y que toda condición que se haya presentado bajo la póliza anterior puede ser tratada como una condición preexistente bajo la póliza subsiguiente. Comprendo que este producto ofrece beneficios limitados y no se considera como cobertura médica principal. Autorizo a todo médico, profesional médico, hospital, clínica y demás proveedores médicos o relacionados con la medicina, así como a todo asegurador, empleador y demás organizaciones,instituciones o personas que dispongan de registros médicos míos, o de cualquier otro conocimiento sobre mí, a dar a conocer dicha información a BCBSF.Esta autorización se refiere de manera específica (pero sin limitarse a ello) a la transmisión de todo registro médico y toda información relacionados con (o referentes a) las siguientes condiciones:exposición a la infección por VIH, complejo relacionado con el SIDA, SIDA, dependencia a las drogas o el alcohol, y trastornos mentales y nerviosos.Entiendo que BCBSF puede cancelar esta cobertura a todas las personas cubiertas bajo la misma, con un preaviso de 90 días, y que todo pago por concepto de primas no vencidas me será reembolsado. Finalmente, entiendo que la cancelación de la cobertura no podrá llevarse a cabo únicamente como consecuencia de la cantidad de reclamaciones pagadas en el marco del contrato.

Fecha de Vigencia Anticipada _____ Sólo si se requiere una fecha de vigencia anticipad

Firma del Solicitante _____ Agente con Licencia _____ (NOMBRE IMPRESO Y FIRMA)

SECCIÓN F

Pago Incial

Por favor adjunte un cheque pagadero a Blue Cross and Blue Shield of Florida. El pago inicial deberá corresponder al TOTAL mencionado en el Cuadro #8. El cheque y la solicitud deberán enviarse a Blue Cross and Blue Shield of Florida en el sobre de respuesta comercial suministrado.

Pago Inicial $ _____ (Cantidad Adjunta)

El pago inicial está sujeto a todos los términos, condiciones y declaraciones contenidos en la solicitud y en la cobertura solicitada. Entiendo que en caso de rechazo de mi solicitud, no recibiré un contrato y mi pago inicial me será reembolsado.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.