



## Formulario para Agregar/ Eliminar beneficios complementarios opcionales

Nombre:	Apellido:	Número de id. de miembro: <b>K</b>
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	

Actualmente tengo activo el plan **EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO)** o **EmblemHealth VIP Value (HMO)** y deseo agregar y/o eliminar beneficios complementarios opcionales.

Seleccione todos los que correspondan:

- Quiero agregar una cobertura dental integral
- Quiero agregar SilverSneakers®
- Quiero eliminar la cobertura dental integral
- Quiero eliminar SilverSneakers®

La prima mensual del **beneficio complementario opcional de cobertura dental integral** es de \$12.50.

La prima mensual del **beneficio complementario opcional de SilverSneakers®** es de \$15.00.

Comprendo que estoy enviando esta solicitud para agregar y/o eliminar beneficios complementarios opcionales.

¿Desea que la prima de este plan se deduzca de su cheque de beneficios mensuales de la SSA o RRB?  Sí  No

Si no selecciona la deducción de la prima, recibirá una factura todos los meses.

La fecha de entrada en vigencia de la inscripción y/o de la desinscripción es el primer día del mes posterior al mes en el que se recibió la solicitud.

EmblemHealth ofrece beneficios complementarios opcionales por una prima del plan mensual adicional. Debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (salvo que Medicaid u otro tercero paguen su prima de la Parte B). Los Beneficios complementarios opcionales están sujetos a los términos y condiciones especificados en su Evidencia de cobertura.

Entiendo que el número de teléfono y/o el correo electrónico que proporcioné pueden ser usados por EmblemHealth o cualquiera de las partes contratadas para comunicarse conmigo por temas relacionados con mi cuenta, mi plan de beneficios de salud o programas relacionados, o por servicios que me brindaron.

Fecha de entrada en vigencia propuesta:	Fecha de presentación:	Id. del agente:
---	------------------------	-----------------

Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) es un plan HMO/HMO-POS/HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare. HIP tiene un contrato con el programa Medicaid de Nueva York para HMO D-SNP. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una empresa de EmblemHealth. SilverSneakers® es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877-411-3625 (TTY/TDD: 711). ATENCIÓN: Si usted habla otros idiomas, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al 877-411-3625 (TTY/TDD: 711).

Y0026\_128536\_C Aprobado 9/5/2019