

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 suplementarios opcionales.

Seleccione todos los que correspondan:

- Quiero agregar una cobertura dental integral
- Quiero agregar SilverSneakers<sup>®</sup>
- Quiero eliminar la cobertura dental integral
- Quiero eliminar SilverSneakers<sup>®</sup>

**Primas mensuales del beneficio suplementario opcional de cobertura dental integral:**

- Cobertura dental integral \$12.50 – EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO)
- Cobertura dental integral \$12.50 – EmblemHealth VIP Value (HMO)

**Primas mensuales del beneficio suplementario opcional de SilverSneakers:**

- SilverSneakers \$12.50 – EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO)
- SilverSneakers \$15.00 – EmblemHealth VIP Value (HMO)

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

¿Desea que la prima de este plan se deduzca de su cheque de beneficios mensuales de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios?  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 suplementarios opcionales por una prima del plan mensual adicional. Debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (salvo que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B). Los Beneficios suplementarios 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:
---	------------------------	-----------------

Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante del Servicio de atención al cliente al **877-344-7364** (TTY: **711**), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.

SilverSneakers<sup>®</sup> es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Group Health Incorporated (GHI), Health Insurance Plan of Greater New York (HIP), HIP Insurance Company of New York y EmblemHealth Services Company, LLC. son empresas de EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC. proporciona servicios administrativos a las empresas de EmblemHealth.