

## SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO: PLAN INDIVIDUAL

Comuníquese con nosotros en línea en: [www.mynmhc.org/Contact\\_Us.aspx](http://www.mynmhc.org/Contact_Us.aspx) o por teléfono al 1-866-668-9002.

Puede solicitar la inscripción en línea en: [www.mynmhc.org](http://www.mynmhc.org), por fax al 1-719-589-4901, o lo puede enviar por correo a la dirección postal que se indica más arriba.

**Para evitar demoras, favor de escribir legiblemente.**

### INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA

Tipo de solicitud:	<input type="checkbox"/> Cobertura nueva	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Inscripción especial *
Fecha de vigencia que se solicita (obligatorio):	____/____/____ (MM/DD/AAAA) La cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente, a partir de la fecha en que se reciba esta solicitud rellena, con tal que NMHC reciba esta solicitud rellena el día 15 del mes anterior o antes, a menos que se solicite una fecha de vigencia más tarde.		

\*Es obligatorio presentar constancia de la elegibilidad para la inscripción especial. La información sobre la elegibilidad para los periodos de inscripción especial está a su disposición en [www.mynmhc.org](http://www.mynmhc.org).

### INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO PRINCIPAL

Instrucciones: Favor de escribir a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul. Favor de llenar la solicitud en su totalidad para cada persona que solicita la cobertura de seguro. Si una persona está inscrita actualmente en el Programa Medicare, no se debe llenar esta solicitud para dicha persona que ya está asegurada. Si se necesitan hojas adicionales para llenar esta solicitud en su totalidad, favor de adjuntar, firmar y poner la fecha en cada hoja. **Para la cobertura de seguro solo para menores, favor de enumerar al niño más joven como el solicitante principal.**

Nombre:	Inicial:	Apellido:	
Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:	Edad actual:	Sexo: M F
Dirección de su domicilio:		Ciudad:	
Condado:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal (si es diferente):		Ciudad:	
Condado:	Estado:	Código postal:	
Teléfono principal:	Otro teléfono:	Correo-e:	
El idioma que prefiere hablar si no es inglés:			
Etnicidad (opcional): <input type="checkbox"/> Indígena americano/de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial			

### INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES

Llene esta sección SOLO si su cónyuge/pareja e/o hijo(s) menores de 26 años de edad (o mayor si está discapacitado por cuestiones médicas) están solicitando la cobertura de seguro. Si no hay suficiente espacio aquí, favor de adjuntar la información familiar adicional. Favor de firmar y poner la fecha en la hoja que se adjunta. Es **obligatorio** proporcionar los números de seguro social (o los números de los documentos de los inmigrantes legales) para toda persona que solicite el seguro médico. \*Se exige que se presente constancia de la elegibilidad de los que sean dependientes por orden judicial.

Nombre (Nombre, inicial, apellido)	Sexo	Número de seguro social	Parentesco o relación	¿Discapacitado?	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> CÓNYUGE/PAREJA	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> ORDEN JUDICIAL	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> ORDEN JUDICIAL	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> ORDEN JUDICIAL	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> ORDEN JUDICIAL	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

¿Son ciudadanos de los EE. UU. o nacidos en los EE. UU. todos los solicitantes?	S <input type="checkbox"/> N* <input type="checkbox"/> Nombre del solicitante _____ *Si contestó negativamente, es obligatorio presentar constancia del estado de inmigración elegible del solicitante. Tipo de documento de inmigración: _____ N° del documento de identificación: _____
---	---

¿Tendrán usted mismo o alguno de los solicitantes que se enumeran más arriba otra cobertura de seguro médico además de este plan? S  N

Si contestó afirmativamente, nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de cobertura:  Medicare  Medicaid  Otra cobertura individual  
 Cobertura grupal del empleador  Otra \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante principal: \_\_\_\_\_

SELECCIÓN DEL PLAN (obligatorio, seleccione solo uno)	
Todos los familiares cuyos nombres se enumeran en esta solicitud tienen que estar inscritos en el mismo plan. Favor de utilizar una solicitud aparte si está solicitando un plan diferente para un familiar.	
Care Connect Gold HMO	<input type="checkbox"/> Gold Plus <input type="checkbox"/> Gold Essential
Care Connect Silver HMO	<input type="checkbox"/> Silver Plus <input type="checkbox"/> Silver HDHP
Care Connect Bronze HMO	<input type="checkbox"/> Bronze Plus <input type="checkbox"/> Bronze Essential <input type="checkbox"/> Bronze HDHP
Catastrophic Plan HMO	<input type="checkbox"/> Solo para las personas menores de 30 años de edad, o para una persona mayor de 30 años de edad que tenga un certificado de exención.

INFORMACIÓN DE PAGO
No entrará en vigor la cobertura de seguro hasta que se reciba el pago de la prima del primer mes.
¿Cómo pagará su prima del primer mes?
<input type="checkbox"/> Cheque personal o de caja: favor de entregarlo junto con su solicitud <input type="checkbox"/> Giro bancario automático mensual
<input type="checkbox"/> Tarjeta de débito o VISA/MASTERCARD <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Discover
Número de la tarjeta _____ Fecha de vencimiento _____ Código de seguridad _____
¿Cómo hará sus pagos de ahora en adelante? <input type="checkbox"/> Giro bancario automático mensual <input type="checkbox"/> Tarjeta de débito o VISA/MASTERCARD

Por la presente autorizo a New Mexico Health Connections (NMHC) para que inicie anotaciones de débito a la cuenta corriente o de ahorros que se indica a continuación y solicito que la institución financiera cuyo nombre se indica a continuación cargue a dicha cuenta. Se guardará esta información para hacer los pagos regulares y se retirará el monto de la prima mensual de la cuenta que se indica. Soy firmante autorizado de la cuenta que se indica a continuación:

Tipo de cuenta:    Corriente     Ahorros     (Se retirará de la cuenta el primer día hábil del mes.)

Nombre de la institución financiera	Dirección de la institución financiera
Nombre de la cuenta /Nombre del encargado de la cuenta	
Código de identificación de la institución financiera [transit routing number] (9 dígitos: consulte el diagrama a continuación)	Número de la cuenta (consulte el diagrama a continuación)

SOLO PARA LAS CUENTAS CORRIENTES:

Nombre del tutor legal o del papá o de la mamá que tengan la obligación de proporcionar seguro médico para el menor:			
Si el solicitante principal es menor de 18 años de edad, indique el nombre y la dirección postal del tutor legal o del papá o de la mamá que tengan custodia:			
Nombre del tutor legal o del papá o de la mamá que tengan custodia:		Dirección postal (si es diferente):	
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la casa:		Otro teléfono:	Correo-e:
Si está utilizando una cuenta corriente, tiene que adjuntar un cheque cancelado con la información de la cuenta y de la institución financiera a fin de verificarla.			
Su nombre		Cheque #123	
Su dirección		Fecha: _____	
Su ciudad, estado, código postal			
Páguese a la orden de:			
Favor de adjuntar un cheque cancelado y sin firma aquí (si corresponde)		Dólares	
En el monto de:			
Nombre de la institución financiera			
Para:			
: 123456789 :		00998765432	

↑ Este es el número del código de identificación bancaria.    ↑ Este es el número de su cuenta.

Permanecerá en vigor esta autorización hasta que New Mexico Health Connections reciba un aviso por escrito de su terminación con suficiente tiempo y de manera que le conceda a New Mexico Health Connections la oportunidad, en medida de la razonable, para actuar conforme al mismo.

Nombre del solicitante principal: \_\_\_\_\_

### TÉRMINOS Y CONDICIONES

Al firmar esta solicitud, todos los solicitantes autorizan, a medida que permita la ley pertinente, la divulgación o el uso de la Información Protegida sobre la Salud [*Protected Health Information, PHI*]\* (según se define a continuación) por toda persona o entidad incluso, sin restricción, los profesionales en medicina, las farmacias o los administradores de los beneficios farmacéuticos, los proveedores de servicios médicos, los intercambios de información sobre la salud y las compañías de seguro a NMHC, o a las entidades que haya designado, para todo fin que se permita incluso, entre otros, la elegibilidad para el seguro, el control de la calidad, la revisión de la utilización, el procesamiento de las demandas de seguro, la auditoría financiera u otros fines con respecto al tratamiento, los pagos o las diligencias de las operaciones clínicas de NMHC. Se entiende que pudiera ser necesario que las partes que administran el plan en el cual me/nos estoy/estamos inscribiendo obtengan y/o proporcionen a otros esta información protegida sobre la salud. Por lo tanto:

1. Se autoriza que toda persona o entidad que tenga la información protegida sobre la salud proporcione dicha información protegida sobre la salud, bajo solicitud, a NMHC y a sus proveedores de servicios médicos participantes o a cualquier entidad que esté llevando a cabo un servicio para fines de determinar la elegibilidad conforme al plan, de la administración del plan, de cumplir con todo programa u operación de NMHC o de evaluar los suministros y servicios médicos.
2. Se autoriza a NMHC a fin de que divulgue toda la información protegida sobre la salud a cualquier persona, compañía o entidad con tal que determine que esa divulgación es necesaria o apropiada para la administración del plan, para cumplir con los programas u operaciones de NMHC, para evaluar la calidad y la accesibilidad a los suministros y servicios médicos o para informar a terceros que estén involucrados en la administración del plan.
3. Sé que tengo que informar a NMHC si cambiara algo (y si es diferente de lo) que he escrito en esta solicitud. Puedo visitar el sitio web en la dirección [www.mynmhc.org](http://www.mynmhc.org) o llamar al 1-866-668-9002 para avisar si hubiera algún cambio. Entiendo que si hubiera algún cambio en mis datos pudiera afectar la elegibilidad del (de los) familiar(es) que vive(n) en mi hogar.

\*La información protegida sobre la salud incluye, con respecto a mí y/o a un hijo(a) dependiente/menor de edad que cubre el plan, toda información sobre la salud que nos identifique individualmente incluso, entre otra, la información médica, dental, de la salud mental, de las adicciones, de las enfermedades contagiosas, del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y también la información correspondiente a las discapacidades o al empleo.

#### Al llenar este formulario:

- Entiendo que, por la presente, represento mi autoridad actual y en curso para actuar en mi propio nombre y en nombre de todo dependiente cuyo nombre se enumera en este formulario.
- Admito que he leído todas las secciones de esta solicitud y certifico en mi propio nombre y en nombre de mis familiares dependientes elegibles que las respuestas aportadas en esta solicitud son completas y correctas según mi leal saber y entender.
- Entiendo que mis respuestas, junto con todos los suplementos o las hojas adicionales, son el fundamento del certificado o la póliza que se expide. Acepto que no entrará en vigor ningún seguro hasta la fecha que la compañía de seguros especifique en del certificado o la póliza.
- Entiendo que toda falsedad intencionada en que se base la compañía de seguros se pudiera utilizar para denegar una demanda de seguro. Además entiendo que se puede anular este contrato si en los primeros veinticuatro (24) meses, a partir de la fecha de la póliza o del certificado, si se determinara que yo mismo o un familiar presentamos una falsedad intencionada en esta solicitud. Confirmando que ninguna persona que está solicitando la cobertura de seguro en esta solicitud esta encarcelada (detenida o en la cárcel).
- **TODA PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA DEMANDA DE SEGURO FALSA O FRAUDULENTO POR UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y SE LE PUDIERA IMPONER MULTAS CIVILES Y CASTIGOS PENALES.**
- En cualquier momento en que New Mexico Health Connections tenga derecho a anular una cobertura de seguro vigente, o si de otra manera se le permitiera efectuar cambios retroactivos a esta póliza debido a un acto, práctica u omisión que constituyan un fraude o por una falsedad intencionada de un hecho material que se presente en esta solicitud, New Mexico Health Connections, según su criterio, pudiera ofrecer modificar la póliza de seguro que ya está en vigor y/o cambiar la categoría/el nivel de la clasificación.
- Entiendo que esta autorización es válida por dos años, a partir de la fecha de hoy, o hasta que yo termine la cobertura de seguro. Entiendo que tengo derecho de revocar la autorización por escrito, en cualquier momento, con tal que me comuniqué con New Mexico Health Connections. Dicha revocación no afectará las actividades que la compañía haya llevado a cabo antes de la fecha en que la compañía haya recibido la revocación.
- Entiendo que para pedir copia de esta solicitud debo llamar a New Mexico Health Connections al 1-866-668-9002. Acepto que una fotocopia de esta solicitud será tan válida como la original. Una firma legible de facsímil tendrá la misma fuerza y efectividad que la original. Este documento, o la información que consta en el mismo, formarán parte del contrato cuando se apruebe y se expida la cobertura de seguro.
- Entiendo que los beneficios cubiertos, los procedimientos de determinación de tratamientos y las exclusiones y limitaciones del plan están sujetos a la Evidencia de la Cobertura [EOC] y/o al Resumen de Beneficios y Cobertura [SBC]. Dichos documentos están a mi disposición en [www.mynmhc.org/individual-plan-documents.aspx](http://www.mynmhc.org/individual-plan-documents.aspx). Además puedo llamar a New Mexico Health Connections al 1-866-668-9002, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, para pedir copia impresa de estos documentos.

Firma del solicitante principal/del papá, de la mamá o del tutor legal para los planes solo de menores (obligatorio)

Fecha de la firma

Nombre en letra de molde

INFORMACIÓN DEL AGENTE/PRODUCTOR	
Nombre:	Número de identificación del agente (NPN):
Nombre de agencia:	Teléfono: