

## SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO: PLAN INDIVIDUAL

Comuníquese con nosotros en línea: [www.mynmhc.org](http://www.mynmhc.org), o por teléfono: llame al centro de ayuda al 1-844-391-0715.

Puede solicitar la inscripción en línea en: [www.mynmhc.org](http://www.mynmhc.org), 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 en que se pide que entre en vigor (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 el sitio web [www.mynmhc.org](http://www.mynmhc.org).

### INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO PRINCIPAL

Instrucciones: Sírvase escribir a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul. Llene 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 páginas adicionales para llenar esta solicitud en su totalidad, sírvase adjuntar, firmar y poner la fecha en cada página. **Para la cobertura de seguro solo para menores, sírvase 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:	Zip:		
Dirección postal (si es diferente):			Ciudad:	
Condado:	Estado:	Zip:		
Teléfono principal:	Otro teléfono:	Correo-e:		
El idioma que prefiere hablar si no es inglés:		¿Ha usado tabaco (en los últimos seis meses)?* S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
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				

\*Según se indica en la parte pertinente de la Sección 201(rr) de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, un producto de tabaco significa todo producto hecho o derivado del tabaco concebido para consumo humano, incluso entre otros, los cigarrillos electrónicos, los geles, el vapor electrónico, los solubles, el tabaco para las pipas, el tabaco para las *hookah*, los cigarrillos y los productos de tabaco innovadores o que se elaboren en el futuro.

### 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, sírvase adjuntar la información familiar adicional. Sírvase firmar y poner la fecha en la página que se adjunte. 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	Productos de tabaco (últimos seis meses)	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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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 _____ Nº del documento de identificación: _____

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

¿Tendrán usted mismo o alguno de los solicitantes que se enumeran más arriba otra cobertura de seguro médico además de este plan? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Si contestó afirmativamente, nombre: _____ Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura individual			
<input type="checkbox"/> Cobertura grupal del empleador <input type="checkbox"/> Otra _____			
Nombre del tutor legal o del papá o de la mamá que tengan la responsabilidad 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:	Zip:
Teléfono de la casa:	Otro teléfono:	Correo-e:	

SELECCIÓN DEL PLAN (obligatorio, seleccione solo uno)	
Todos los familiares cuyos nombres se enumeran en esta solicitud deben estar inscritos en el mismo plan. Sírvase utilizar una solicitud separada si está solicitando un plan diferente para un familiar.	
Care Connect HMO	<input type="checkbox"/> Gold Plus <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Silver Plus <input type="checkbox"/> Bronze Plus
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.
Care Connect HDHP	<input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze

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: sírvase 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"/> Discover
Número de 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 que se indica. Soy firmante autorizado de la cuenta que se indica a continuación:

Tipo de cuenta: Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> (Se retirará de la cuenta el primer día hábil del mes.)	
Nombre de la institución financiera	Dirección postal 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:

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:	
Sírvase adjuntar un cheque cancelado y sin firma aquí (si corresponde)	
En el monto de:	Dólares
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 nombrado, para todo fin que se permita incluso, entre otros, la elegibilidad para el seguro, el control de la calidad, la investigación de la utilización, el procesamiento de las demandas de pago, la auditoría financiera u otros fines con respecto al tratamiento, el pago 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 estoy inscribiendo o nos 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 bajo el plan, de la administración del plan, de cumplir con todo programa u operación de *NMHC* o de evaluar los suministros o los 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 servicios médicos y a los suministros 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 1-855-7MY-NMHC para avisar si hubiera algún cambio. Tengo entendido que si hubiera algún cambio en mi información pudiera afectar la elegibilidad de los familiares que viven en mi hogar.

\*La información protegida sobre la salud incluye, con respecto a mí y/o a un dependiente/menor de edad que cubra 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.

### Con llenar este formulario:

- Tengo entendido que, por la presente, represento mi autoridad actual y en curso para actuar en mi propio nombre y en nombre de todos los dependientes cuyos nombres se enumeran 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 que se encuentran en esta solicitud son completas y correctas según mi leal saber y entender.
- Tengo entendido que mis respuestas, junto con todos los suplementos o las páginas adicionales, son el fundamento del certificado o la póliza que se expide. Acepto que no entrará en vigor el seguro hasta la fecha que especifique de la compañía de seguros en certificado o la póliza.
- Tengo entendido que toda falsedad intencionada en que se base la compañía de seguros se puede utilizar para denegar una demanda de pago. Además tengo entendido que se puede anular este contrato si en los primeros veinticuatro (24) meses, a partir de la fecha de la póliza o el certificado, se determinara que yo mismo o un familiar presentamos una falsedad intencionada en esta solicitud. Admito 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 PAGO FALSA O FRAUDULENTO POR UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO HA COMETIDO 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 que ya esté en vigor, o si de otra manera se permite que haga enmiendas retroactivas a esta póliza a causa de una acción, práctica u omisión que constituye un fraude o si se presentara una falsedad intencionada de un hecho material en esta solicitud, *New Mexico Health Connections* según su criterio puede ofrecer modificar la póliza de seguro que ya esté en vigor y/o cambiar la categoría/el nivel de la clasificación.
- Tengo entendido que esta autorización es válida por dos años, a partir de la fecha de hoy, o hasta que yo termine la cobertura de seguro. Tengo entendido que puedo revocar la autorización por escrito, en cualquier momento, con tal que me comunique con *New Mexico Health Connections*. Dicha revocación no afectará las actividades que haya llevado a cabo la compañía antes de la fecha en que la compañía haya recibido la revocación.
- Tengo entendido que para pedir copia de esta solicitud tengo que llamar a *New Mexico Health Connections* al 1-855-7MY-NMHC. 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 se contiene en el mismo formarán parte del contrato cuando se apruebe y se expida la cobertura de seguro.
- Tengo entendido que los beneficios cubiertos, los procedimientos de determinación de tratamientos y las exclusiones y limitaciones del plan están sujetas a la Evidencia de la Cobertura [*EOC*] y/o al Resumen de Beneficios y Cobertura [*SBC*] del plan. Dichos documentos están a su disposición en: [www.mynmhc.org/individual-plan-documents.aspx](http://www.mynmhc.org/individual-plan-documents.aspx). Además me puedo comunicar con *New Mexico Health Connections* al 1-855-7MY-NMHC, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, para pedir copia impresa de dichos 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 ( <i>NPN</i> ):
Nombre de agencia:	Teléfono: