



Nombre del solicitante _____
N.º de Seguro Social _____
ID del miembro _____
Fecha de vigencia _____
Fecha de cancelación _____

Plan individual

Nueva solicitud o cambio en la cobertura

Si desea ayudarnos a procesar su solicitud con rapidez, recuerde lo siguiente:

1	Escriba todas las respuestas con letra de imprenta usando tinta azul o negra. No se aceptarán si se utiliza lápiz.
2	Asegúrese de firmar personalmente la solicitud como solicitante principal. Si su cónyuge o cualquier dependiente de 18 años o más también solicitan cobertura, deben firmar personalmente en las correspondientes líneas de firma.
3	Si es necesario corregir cualquier error, simplemente tache la información incorrecta y escriba sus iniciales junto a la información correcta.
4	No use líquido o cinta de corrección.

Envíe su solicitud por uno de los siguientes métodos. Si la envía por correo postal o por fax, complete toda la solicitud y seleccione un modo para el pago de primas en la Sección D.

Si está trabajando con un agente de Community Health Choice, recuerde incluir el nombre de su agente en el reverso de esta solicitud.

INSCRIBIRSE POR CORREO	Community Health Choice - Attn: Sales Department, 2636 South Loop West, Ste. 125, Houston, Texas 77054		
INSCRIBIRSE POR FAX	713-295-7015	INSCRIBIRSE POR CORREO ELECTRÓNICO	MarketPlace@CommunityHealthChoice.org

Si tiene alguna pregunta, llame a su agente de seguros o a un representante de nuestro equipo de ventas al 713-295-6704 o al número gratuito 1-855-315-5386.

Responda las siguientes preguntas solamente si se está inscribiendo fuera del período anual de inscripción abierta. La inscripción abierta es del 11/1/2021 al 1/15/2022.

Solicito la inscripción fuera del período anual de inscripción porque durante los últimos 60 días he experimentado uno o más de los siguientes eventos. (marque todas las opciones que correspondan e incluya la documentación de respaldo):

☐ 1. ADQUIRÍ UN DEPENDIENTE ADICIONAL POR MATRIMONIO EL DÍA	FECHA
☐ 2. ADQUIRÍ UN DEPENDIENTE ADICIONAL POR NACIMIENTO, ADOPCIÓN, ASIGNACIÓN EN ADOPCIÓN O POR ESTAR SUJETO A UN JUICIO DE ADOPCIÓN EL DÍA	FECHA
☐ 3. YA NO SOY ELEGIBLE COMO DEPENDIENTE EN MI PLAN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR POR ALCANZAR LA EDAD MÁXIMA, O POR SEPARACIÓN LEGAL, DIVORCIO O MUERTE DEL TITULAR DEL PLAN DESDE EL DÍA	FECHA
☐ 4. NO SOY ELEGIBLE PARA MI PLAN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR POR FINALIZACIÓN DE MI EMPLEO, REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE HORAS DE EMPLEO, PÉRDIDA DE CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR A MIS PRIMAS O FINALIZACIÓN DE MIS BENEFICIOS DE COBRA A PARTIR DEL DÍA	FECHA
☐ 5. TENGO ACCESO A NUEVAS OPCIONES DEL PLAN DE SALUD DEBIDO A UNA MUDANZA PERMANENTE EL DÍA	FECHA
☐ 6. YA NO VIVO NI RESIDO EN EL ÁREA DE SERVICIO DE LA HMO DE MI PLAN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR, DESDE EL DÍA	FECHA

Nombre del solicitante _____

N.º de Seguro Social _____

☐ 7. OCURRIÓ UN ERROR EN MI INSCRIPCIÓN ANTERIOR AL PLAN DE SALUD EL DÍA	FECHA
☐ 8. HE DEMOSTRADO ADECUADAMENTE QUE MI EMISOR O PLAN DE SALUD ANTERIOR INCUMPLIERON SUSTANCIALMENTE UNA DISPOSICIÓN FUNDAMENTAL DE SU CONTRATO CONMIGO EL DÍA	FECHA
☐ 9. YO Y/O MIS DEPENDIENTES PERDIMOS COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA POR RAZONES QUE NO SON LA FALTA DE PAGO DE LA PRIMA O RESCISIÓN DEL CONTRATO EL DÍA	FECHA
☐ 10. ORDEN JUDICIAL	FECHA
☐ 11. OTRO EVENTO CALIFICADOR SEGÚN LO REQUIERAN O PERMITAN LAS LEYES APLICABLES. INDICAR AQUÍ:	FECHA

Sección A: Solicitante(s)

SOLICITANTE PRINCIPAL			
☐ NUEVA COBERTURA ☐ AÑADIR DEPENDIENTE ☐ CAMBIO EN LA COBERTURA ☐ DAR DE BAJA/CANCELAR LA COBERTURA			
PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO			
N.º DE SEGURO SOCIAL	SEXO ☐ M ☐ F	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL: ☐ CASADO ☐ SOLTERO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO
¿ES USTED CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? ☐ S ☐ N		¿ES USTED ELEGIBLE Y NO ES CIUDADANO? ☐ S ☐ N	
¿TIENE OTRO IDIOMA PREFERIDO PARA HABLAR ADEMÁS DEL ESPAÑOL? ☐ S ☐ N			
SI ES ASÍ, ESPECIFIQUE CUÁL:			
¿TIENE OTRO IDIOMA PREFERIDO PARA ESCRIBIR ADEMÁS DEL ESPAÑOL? ☐ S ☐ N			
SI ES ASÍ, ESPECIFIQUE CUÁL:			
*EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO (4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, EXCEPTO PARA USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES)? ☐ S ☐ N SI ES SÍ, INDIQUE LA FECHA DEL ÚLTIMO CONSUMO:			
DIRECCIÓN RESIDENCIAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (NO SE ACEPTAN CASILLAS DE CORREO)			CONDADO
DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI DIFIERE DEL ANTERIOR			
TELÉFONO PRIMARIO		TELÉFONO SECUNDARIO	
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? ☐ S ☐ N		¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? ☐ S ☐ N	
OTRO TELÉFONO		¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? ☐ S ☐ N	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ CORREO POSTAL	
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PARA HMO SOLAMENTE)			
¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD QUE AFECTE SU HABILIDAD PARA COMUNICARSE O LEER? (PARA HMO SOLAMENTE) ☐ S ☐ N			
SI ES ASÍ, DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIALES QUE NECESITA:			
OBSTETRA O GINECÓLOGO (PARA HMO SOLAMENTE)			

*Personas de 18 años en adelante

*Personas de 18 años en adelante

27248_2022_Application_GoldCoplay001

Nombre del solicitante _____

N.º de Seguro Social _____

CÓNYUGE Y/O HIJOS DEPENDIENTES QUE DEBEN RECIBIR/CANCELAR COBERTURA (los hijos dependientes deben ser menores de 26 años)

PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		RELACIÓN O PARENTESCO
N.º DE SEGURO SOCIAL	SEXO ☐ M ☐ F	FECHA DE NACIMIENTO
¿ES USTED CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? ☐ S ☐ N		¿ES USTED ELEGIBLE Y NO ES CIUDADANO? ☐ S ☐ N
*LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO 4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, EXCEPTO PARA USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES? ☐ S ☐ N SI ES SÍ, INDIQUE LA FECHA DEL ÚLTIMO CONSUMO:		
*DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI DIFIERE DEL ANTERIOR		CONDADO
TELÉFONO PRIMARIO		
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? ☐ S ☐ N		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ CORREO POSTAL
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PARA HMO SOLAMENTE)		
¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD QUE AFECTE SU HABILIDAD PARA COMUNICARSE O LEER? (PARA HMO SOLAMENTE) ☐ S ☐ N SI ES ASÍ, DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIALES QUE NECESITA:		
OBSTETRA O GINECÓLOGO (PARA HMO SOLAMENTE)		

PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		RELACIÓN O PARENTESCO
N.º DE SEGURO SOCIAL	SEXO ☐ M ☐ F	FECHA DE NACIMIENTO
¿ES USTED CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? ☐ S ☐ N		¿ES USTED ELEGIBLE Y NO ES CIUDADANO? ☐ S ☐ N
*LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO 4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, EXCEPTO PARA USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES? ☐ S ☐ N SI ES SÍ, INDIQUE LA FECHA DEL ÚLTIMO CONSUMO:		
*DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI DIFIERE DEL ANTERIOR		CONDADO
TELÉFONO PRIMARIO		
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? ☐ S ☐ N		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ CORREO POSTAL
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PARA HMO SOLAMENTE)		
¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD QUE AFECTE SU HABILIDAD PARA COMUNICARSE O LEER? (PARA HMO SOLAMENTE) ☐ S ☐ N SI ES ASÍ, DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIALES QUE NECESITA:		
OBSTETRA O GINECÓLOGO (PARA HMO SOLAMENTE)		

Nombre del solicitante _____

N.º de Seguro Social _____

CÓNYUGE Y/O HIJOS DEPENDIENTES QUE DEBEN RECIBIR/CANCELAR COBERTURA (los hijos dependientes deben ser menores de 26 años)

PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		RELACIÓN O PARENTESCO
N.º DE SEGURO SOCIAL	SEXO ☐ M ☐ F	FECHA DE NACIMIENTO
¿ES USTED CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? ☐ S ☐ N		¿ES USTED ELEGIBLE Y NO ES CIUDADANO? ☐ S ☐ N
*LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO 4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, EXCEPTO PARA USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES? ☐ S ☐ N SI ES SÍ, INDIQUE LA FECHA DEL ÚLTIMO CONSUMO:		
*DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI DIFIERE DEL ANTERIOR		CONDADO
TELÉFONO PRIMARIO		
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? ☐ S ☐ N		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ CORREO POSTAL
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PARA HMO SOLAMENTE)		
¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD QUE AFECTE SU HABILIDAD PARA COMUNICARSE O LEER? (PARA HMO SOLAMENTE) ☐ S ☐ N SI ES ASÍ, DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIALES QUE NECESITA:		
OBSTETRA O GINECÓLOGO (PARA HMO SOLAMENTE)		

PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		RELACIÓN O PARENTESCO
N.º DE SEGURO SOCIAL	SEXO ☐ M ☐ F	FECHA DE NACIMIENTO
¿ES USTED CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? ☐ S ☐ N		¿ES USTED ELEGIBLE Y NO ES CIUDADANO? ☐ S ☐ N
*LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO 4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, EXCEPTO PARA USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES? ☐ S ☐ N SI ES SÍ, INDIQUE LA FECHA DEL ÚLTIMO CONSUMO:		
*DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI DIFIERE DEL ANTERIOR		CONDADO
TELÉFONO PRIMARIO		
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? ☐ S ☐ N		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ CORREO POSTAL
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PARA HMO SOLAMENTE)		
¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD QUE AFECTE SU HABILIDAD PARA COMUNICARSE O LEER? (PARA HMO SOLAMENTE) ☐ S ☐ N SI ES ASÍ, DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIALES QUE NECESITA:		
OBSTETRA O GINECÓLOGO (PARA HMO SOLAMENTE)		

Nombre del solicitante _____
N.º de Seguro Social _____

Sección B: Solicitud de cobertura

NOTA: Las fechas de vigencia solo serán el día 1 del mes, a menos que la ley requiera otra cosa. Para ser aceptadas, las solicitudes deben ser recibidas por Community Health Choice Inc. dentro del período de inscripción definido.

¿Ha viajado el solicitante principal, cónyuge o cualquier hijo dependiente desde otro país con el propósito de obtener cobertura de seguro para un tratamiento médico o procedimiento que se llevará a cabo en el área de servicio?

Por favor marque con un círculo: Sí / No

SELECCIÓN DEL PLAN	COPAGO
☐ Community Elite Gold 001	\$30 PCP/\$65 especialista

Para HMO solamente:

ATENCIÓN, MIEMBROS DE SEXO FEMENINO: Al seleccionar su PCP, recuerde que la red de su PCP puede afectar su elección de obstetra/ginecólogo. Usted tiene derecho a recibir servicios de un obstetra/ginecólogo sin antes obtener una derivación de su PCP. Usted no está obligada a elegir un obstetra/ginecólogo. Usted puede optar por recibir servicios del obstetra/ginecólogo de su PCP.

Sección C: Información de facturación

Nota:

No cancele ninguna cobertura que tenga actualmente hasta que se apruebe su solicitud y su nuevo plan esté vigente.

Seleccione una de las siguientes opciones para realizar los pagos de sus primas.

☐ GIRO BANCARIO		
El giro bancario incluye los pagos iniciales y periódicos. El pago se hará efectivo en cuanto recibamos esta solicitud. Usted debe completar el siguiente Acuerdo de Autorización. (Marque todas las opciones que correspondan)		
☐ PRIMA DEL PRIMER MES		
OPCIONES MENSUALES RECURRENTES: ☐ MONTO TOTAL ADEUDADO ☐ MONTO DE PRIMA ADEUDADO ☐ OTRO MONTO		
☐ RECURRENTES 15 ☐ FECHA DE GIRO 25		
ACUERDO DE AUTORIZACIÓN Requerido solo para pagos por giro bancario Solicito y autorizo a Community Health Choice y/o su representante a obtener el pago de los importes a vencer aplicando cargos a mi cuenta en forma de cheques, giros contra cuentas de cheques o débitos electrónicos, y solicito y autorizo a la institución financiera mencionada a continuación a aceptarlos y pagarlos de mi cuenta. Entiendo que esta solicitud de cobertura no es un plan de salud grupal de un empleador y que no pretende, de ninguna manera, ser un plan de seguro de salud patrocinado por un empleador. Certifico que el/los empleador/es de quienes solicitan la cobertura no contribuirán con ninguna parte de la prima ni proporcionarán reembolsos por ninguna parte de ella, ni ahora ni en el futuro. En la medida en que mi empleador contribuya a alguna parte de la prima, ya sea directamente o a través de un reembolso, se realiza por medio de un Plan de reembolso de gastos médicos para la pequeña empresa calificada (QSEHRA) o Plan de reembolso de gastos médicos para coberturas individuales (ICHRA). También entiendo que tanto la institución financiera como Community Health Choice se reservan el derecho de cancelar este programa de pago y/o mi participación en él. Entiendo que para realizar cambios en mi institución financiera, tendré que notificar por teléfono a Community Health Choice por lo menos 10 días antes de la fecha programada de retiro de fondos. Entiendo que soy responsable de garantizar que el pago se procese correctamente. Complete la siguiente información en letra de imprenta Autorizo a Community Health Choice a deducir los pagos de las primas de mi cuenta de cheques o de ahorros. Si la fecha de extracción coincide con un día festivo o no laborable, el pago de la prima se deducirá de mi cuenta el siguiente día hábil. Asegúrese de contar con fondos suficientes en el momento de presentar la solicitud. Community Health Choice no será responsable de pagar cargos incurridos por fondos insuficientes.		
MARQUE UNA OPCIÓN: ☐ CUENTA DE CHEQUES ☐ CUENTA DE AHORROS		
NOMBRE DE LOS DEPOSITANTES, SI NO SON EL SOLICITANTE		☐ ADJUNTO COPIA DE UN CHEQUE ANULADO:
NOMBRE Y UBICACIÓN DEL BANCO DONDE SE AUTORIZA LA CUENTA		
NOMBRE DE LA CUENTA		
NÚMERO DE TRÁNSITO DEL BANCO/DE RUTA BANCARIA		NÚMERO DE CUENTA DEL DEPOSITANTE
☐ HE LEÍDO Y ACEPTO EL ACUERDO ANTERIOR		
FIRMA DEL DEPOSITANTE	FECHA DE HOY	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

Nombre del solicitante _____

N.º de Seguro Social _____

TARJETA DE CRÉDITO (VISA, MASTERCARD, DISCOVER)

La tarjeta de crédito incluye los pagos iniciales y periódicos. El pago se hará efectivo en cuanto recibamos esta solicitud. Usted debe completar el siguiente Acuerdo de Autorización. (Marque todas las opciones que correspondan)

☐ PRIMA DEL PRIMER MES	☐ REPETICIÓN MENSUAL	FECHA DE REPETICIÓN DEL GIRO	☐ 15	☐ 25
☐ MONTO TOTAL ADEUDADO	☐ MONTO DE PRIMA ADEUDADO	☐ OTRO MONTO		

ACUERDO DE AUTORIZACIÓN**Requerido solo para pagos por giro bancario**

Solicito y autorizo a Community Health Choice y/o su representante a obtener el pago de los importes a vencer aplicando cargos a mi cuenta en forma de cheques, giros contra cuentas de cheques o débitos electrónicos, y solicito y autorizo a la institución financiera mencionada a continuación a aceptarlos y pagarlos de mi cuenta. Entiendo que esta solicitud de cobertura no es un plan de salud grupal de un empleador y que no pretende, de ninguna manera, ser un plan de seguro de salud patrocinado por un empleador. Certifico que el/los empleador/es de quienes solicitan la cobertura no contribuirán con ninguna parte de la prima ni proporcionarán reembolsos por ninguna parte de ella, ni ahora ni en el futuro. También entiendo que tanto la institución financiera como Community Health Choice se reservan el derecho de cancelar este programa de pago y/o mi participación en él. Entiendo que para realizar cambios en mi institución financiera, tendré que notificar por teléfono a Community Health Choice por lo menos 10 días antes de la fecha programada de retiro de fondos. Entiendo que soy responsable de garantizar que el pago se procese correctamente.

Complete la siguiente información en letra de imprenta

Autorizo a Community Health Choice a deducir los pagos de las primas de mi cuenta de cheques o de ahorros. Si la fecha de extracción coincide con un día festivo o no laborable, el pago de la prima se deducirá de mi cuenta el siguiente día hábil.

Asegúrese de contar con fondos suficientes en el momento de presentar la solicitud. Community Health Choice no será responsable de pagar cargos incurridos por fondos insuficientes.

NOMBRE EN LA TARJETA DE CRÉDITO (TAL COMO APARECE)

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO
(CALLE, N.º DE APT.)

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO

FECHA DE VENCIMIENTO

CÓDIGO CVV

FIRMA

FECHA DE HOY

Facturar todos los cargos a la/s tarjeta/s anterior/es. Dado que el monto del pago puede variar, recibiré una notificación por escrito del monto y la fecha del próximo cargo antes de cada fecha programada.

Esta autorización será válida hasta que les haga llegar una cancelación escrita o verbal.

CHEQUE

☐ MENSUALMENTE POR CHEQUE ☐ PRIMA DEL PRIMER MES POR UN MONTO DE \$ SE ADJUNTA ☐ S ☐ N (Marque todas las opciones que correspondan)

HAGA LOS CHEQUES A NOMBRE DE COMMUNITY HEALTH CHOICE, INC. Y ENVÍELOS A:

Community Health Choice, Inc.
PO Box 844124
Dallas, TX 75284-4124

*Debe incluir el número de ID de suscriptor

NOTA: El cobro del depósito de la prima no constituye la aprobación de esta solicitud. Si no se aprueba esta solicitud, se devolverá el depósito de la prima al solicitante principal y ni el solicitante principal

Nombre del solicitante _____

N.º de Seguro Social _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Si difieren del nombre y domicilio del solicitante. Si se ingresa una dirección en esta sección, la facturación solo se enviará a esta dirección; toda otra correspondencia se enviará a la dirección en la Sección A, a menos que se solicite otra cosa.

PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (NO SE ACEPTAN CASILLAS DE CORREO)

NOMBRE DE LA PERSONA A FACTURAR (SOLO PARA FACTURAS POR LISTA)

Sección D: Otra información de cobertura**OTRA INFORMACIÓN DE COBERTURA**

¿ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE SOLICITA COBERTURA TIENE ACTUALMENTE COBERTURA MÉDICA GENERAL O DE SALUD CON ALGUNA OTRA ASEGURADORA, YA SEA COMO ASEGURADO PRIMARIO, CÓNYUGE O DEPENDIENTE?

☐ S ☐ N SI ES ASÍ, COMPLETE LOS SIGUIENTES DATOS:

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NOMBRE DEL PLAN ANTERIOR SI CORRESPONDE	NÚMERO DE MIEMBRO/GRUPO (OPCIONAL)
NOMBRE DEL SOLICITANTE	NOMBRE DEL PLAN ANTERIOR SI CORRESPONDE	NÚMERO DE MIEMBRO/GRUPO (OPCIONAL)

COBERTURA DE REEMPLAZO

¿REEMPLAZARÁ ESTA COBERTURA CUALQUIER OTRA COBERTURA MÉDICA ACTUALMENTE VIGENTE?

☐ S ☐ N SI ES ASÍ, LEA LA SIGUIENTE DECLARACIÓN Y COMPLETE ESTOS DATOS:

INCLUYA TODA LA COBERTURA QUE SE REEMPLAZARÁ

ASEGURADO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	NÚMERO DEL PLAN	FECHA DE FINALIZACIÓN

AVISO PARA EL SOLICITANTE RESPECTO AL REEMPLAZO DE LA COBERTURA DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

Si respondió "Sí" más arriba, usted tiene la intención de cancelar o de otra manera rescindir la cobertura existente por accidente y enfermedad y reemplazarla con un contrato que será emitido por Community Health Choice. Para su propia información y protección, debe tener en cuenta y evaluar detenidamente ciertos factores que pueden afectar la protección de cobertura disponible para usted según el nuevo contrato.

1. Es posible que desee obtener asesoramiento de su aseguradora actual o su agente con respecto al reemplazo propuesto de su actual contrato. No solo es su derecho, sino que además le conviene tener la seguridad de comprender todos los factores relevantes implicados en el reemplazo de su cobertura actual.
2. Si después de la debida consideración aún desea rescindir su contrato actual y reemplazarlo con una nueva cobertura, asegúrese de responder sincera y completamente todas las preguntas de esta solicitud con respecto a cualquier persona que solicite cobertura. Tergiversar de forma intencional datos fundamentales o no incluir toda la información fundamental en cualquier solicitud puede dar lugar a que la compañía rechace cualesquiera reclamaciones futuras y le reembolse su prima como si su contrato nunca hubiera estado vigente. Una vez completada la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla con atención para asegurarse de que toda la información se haya registrado correctamente.
3. Se recomienda no rescindir su contrato actual hasta que esté seguro de que Community Health Choice haya aceptado su solicitud para el nuevo contrato.

Sección E: Firmas requeridas

Reconocimientos: El/La solicitante, a su leal saber y entender, declara y acepta lo siguiente:

1. Esta solicitud no brinda cobertura de ningún tipo a menos que Community Health Choice (la Compañía) otorgue su aprobación; y la solicitud, si no fue aprobada o fue rechazada anteriormente, se considerará retirada el día 60 a partir de la fecha de su presentación.
2. La cobertura de gastos médicos no estará disponible hasta la fecha de vigencia del contrato de salud y hasta que el pago de la prima correspondiente al primer mes se haya efectuado en su totalidad.
3. Ningún agente puede aceptar riesgos ni modificar las políticas o requisitos de la Compañía.
4. La Compañía no está obligada por ninguna declaración no escrita en esta solicitud.
5. Si se incluye(n) un cónyuge y/o dependiente(s) para la cobertura de gastos médicos, la prima se calculará en función de la edad de cada persona cubierta, según las leyes y reglamentaciones aplicables.
6. Entiendo que un acto, práctica u omisión que constituya fraude o una tergiversación intencional de datos fundamentales en esta solicitud puede dar lugar a la rescisión de la cobertura. Se define como rescisión a la cancelación o interrupción de la cobertura con efecto retroactivo. Me enviarán un aviso por escrito no menos de 30 días antes de que mi cobertura o la de mi dependiente puedan rescindirse con carácter retroactivo a la fecha de vigencia de la cobertura. El solicitante firmante reconoce que el agente actúa en su nombre a los fines de comprar el seguro y que, si la Compañía acepta esta solicitud y emite un plan individual, la Compañía podría pagarle al agente una comisión y/u otra compensación en conexión con la emisión de dicho plan individual. Asimismo, el firmante reconoce que si desea información adicional sobre cualquier comisión u otra compensación pagada al agente por la Compañía en relación con la emisión del plan individual, debe contactar al agente.
7. El solicitante principal reside, vive y trabaja en el área de servicio. El área de servicio incluye los siguientes condados: Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Harris, Jefferson, Liberty, Montgomery, Orange, Waller, Hardin, Austin, San Jacinto, Jasper, Newton, Tyler, Matagorda, Polk, Walker y Wharton.

Acuerdo: Entiendo que todas las declaraciones y respuestas en esta solicitud son afirmaciones, y que a mi mejor saber y entender, son verdaderas y completas. Estas afirmaciones constituyen las bases de mi solicitud. Entiendo que la cobertura entrará en vigencia luego del pago completo de la prima del primer mes. El solicitante y el agente firmantes reconocen que el solicitante ha leído y completado la solicitud y entiende que cualquier declaración falsa fundamental para el riesgo o cualquier tergiversación en esta solicitud pueden resultar en la pérdida de la cobertura según este plan. Esta solicitud se convertirá en una parte del contrato entre la Compañía y el solicitante.

Autorización: Autorizo a cualquier profesional médico, hospital, clínica u otro centro médico o relacionado con la medicina, agencia gubernamental, administrador de beneficios de farmacia, farmacia minorista, centro de intercambio de farmacias u otra persona o compañía a divulgar a la Compañía o a su representante autorizado información (incluidas copias de registros) relacionada con el asesoramiento, el cuidado o el tratamiento que se me provean a mí y/a mis dependientes, lo que incluye sin limitación alguna información relacionada con la prescripción y el consumo de drogas o alcohol. Asimismo, autorizo la divulgación de información según sea necesaria a entidades médicas relacionadas con mi cuidado.

Entiendo que la información obtenida con mi autorización puede ser revelada por la Compañía según lo permita o exija la ley y que ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad.

Esta autorización es válida por dos años a partir de la fecha de hoy o hasta que yo dé por terminada la cobertura. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, al comunicarme con Community Health Choice. Además entiendo que yo mismo o un representante autorizado recibiremos una copia de esta autorización si así lo solicitamos. Ninguna revocación afectará las actividades de la Compañía antes de la fecha que tal revocación sea recibida por la Compañía.

Nombre del solicitante _____

N.º de Seguro Social _____

Firmas: Acuso recibo de la Explicación de cobertura y certifico que:

1. Pago las primas como un gasto personal.
2. Mi empleador no contribuye con ninguna parte de la prima, ya sea directamente o mediante reembolso.
3. Dado que mi empleador no patrocina un plan de salud para empleados, ni mi empleador ni yo deducimos ninguna parte de la prima del ingreso bruto según las secciones 106 y 162 del Código de Impuestos Internos. La declaración informativa se proporcionará a pedido.

Durante un máximo de dos (2) años desde la fecha de vigencia del plan, cuando Community Health Choice tenga derecho a rescindir la cobertura ya vigente o se le permita hacer cambios retroactivos a este plan, Community Health Choice puede a su discreción reformar el plan ya vigente y/o cambiar la categoría o nivel de calificación. En el caso de una reforma, el plan volverá a emitirse con carácter retroactivo de la forma en que se hubiese emitido si se hubiese conocido la información inexacta u omitida en el momento de la solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL	FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE (SI SOLICITA COBERTURA)†	FECHA
FIRMA DEL DEPENDIENTE (SOLO SI TIENE 18 AÑOS O MÁS Y SOLICITA COBERTURA)	FECHA
FIRMA DEL DEPENDIENTE (SOLO SI TIENE 18 AÑOS O MÁS Y SOLICITA COBERTURA)	FECHA
FIRMA DEL DEPENDIENTE (SOLO SI TIENE 18 AÑOS O MÁS Y SOLICITA COBERTURA)	FECHA
SI ESTA AUTORIZACIÓN ES FIRMADA POR UN REPRESENTANTE PERSONAL EN NOMBRE DE OTRA PERSONA QUE NO SEA EL PADRE O LA MADRE DE UN HIJO MENOR DE EDAD, COMPLETE ESTOS DATOS:	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE PERSONAL (EN LETRA DE IMPRENTA)	RELACIÓN CON EL REPRESENTADO:

Sección F: Información del agente

CERTIFICACIÓN DEL AGENTE

Certificación del agente: Certifico que envié la solicitud al/a los solicitante/s para completar o que personalmente hice las preguntas y anoté las respuestas tal como me fueron dadas. Asimismo, certifico que no tengo conocimiento de ninguna otra información médica sobre el/los solicitante/s que no se incluya en esta solicitud y que el material escrito que explica los beneficios, exclusiones y disposiciones del contrato fue enviado al/a los solicitante/s. Certifico que he entregado el Resumen de Cobertura requerido y, si fue solicitada, la Declaración Informativa.

EL PLAN DEBE ENVIARSE AL ☐ AGENTE ☐ SOLICITANTE

INFORMACIÓN DEL AGENTE (si corresponde)

FIRMA DEL AGENTE	FECHA	ID DE AGENTE/NÚMERO NPN
NOMBRE DEL AGENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)	TELÉFONO DEL AGENTE	FAX DEL AGENTE

Gracias por su solicitud.

Por favor incluya todos los materiales necesarios cuando presente esta solicitud.

Si es el tutor legal, adjunte la sentencia judicial firmada.

La ley federal exige a Community Health Choice, Inc. proporcionar la siguiente información.



Community Health Choice, Inc. cumple las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros). Community Health Choice, Inc. proporciona servicios gratuitos en distintos idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Community Health Choice, Inc. al 1.855.315.5386. Si usted considera que Community Health Choice, Inc. no le ha provisto estos servicios o que usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja.

Usted puede presentar una queja en persona, por correo, por fax o por correo electrónico:

Service Improvement Department
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054

Teléfono: 1.855.315.5386
Correo electrónico:
ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

También puede presentar una queja por violación de sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos)
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1.800.368.1019. 800.537.7697 (TDD)

Árabe

Choice Health يتضمن هذا الشعار معلومات مهمة وتتعلق هذه المعلومات الهامة في الشعار بخصوص طلبك أو التغطية التأمين الصحي
ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الشعار. قد تحتاج اتخاذ إجراءات قبل مواعيد محددة للحفاظ على تأمينك الصحي أو مساعدتك في دفع
Community التكاليف. إنك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة
بلغتك. إن اتصل على 1.855.315.5386.

Inglés

This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through Community Health Choice. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1.855.315.5386.

Alemán

Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag auf Krankenversicherung bzw. Ihren Versicherungsschutz mit Community Health Choice. Achten Sie auf wichtige Termine in dieser Mitteilung. Eventuell müssen Sie zu bestimmten Stichtagen Maßnahmen ergreifen, um die Beibehaltung Ihres Versicherungsschutzes bzw. finan- zieller Unterstützung in Ihrer Sprache. Rufen Sie an unter 1.855.315.5386.

Hindi

इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में आपको आवेदन या Community Health Choice द्वारा कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तरीकों के लिए खोजिए। आपको अपने स्वास्थ्य के कवरेज रखने के लिए या लागत की मदद के लिए निश्चित समय सीमा से कार्रवाई करने की जरूरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में यह जानकारी और सहायता नि:शुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। 1.855.315.5386 पर कॉल करें।

Coreano

정치가 통나지보서침은보중징요한대정해보중을요담한고정일보습를니담고다. 이있통습지니서다는.
 iCfomomjms서세한sity주호ea날1개하를Ch와oinc타를시통호음. 귀하의 건신 강다보.
 귀하하보매정개을는,유이지하거나거나지보습보고정일보습을를귀하하기의위원해어로서는 도일정요습한
 해를감일일관끼리가가 조있지하거나거나지보습보고정일보습을를귀하하기의위원해어로서는 도일정요습한

로
Persa...

Choice Health این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی می باشد. این اطلاعیه حاوی نکات مهمی درباره تقاضای نامه و پوشش بیمه ای شما توسط می باشد. به تاریخ های ذکر شده در این اطلاعیه توجه نمایند. به منظور برقرار نگهداشتن پوشش بیمه ای با دریافت کد هزینه، ممکن Community Choice Health این اطلاعیه را به شما ارسال می کند. اگر شما به این اطلاعیه دسترسی ندارید، می توانید با شماره تلفن 1.855.335.5386 تماس بگیرید.

Español o español criollo

Este aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Community Health Choice. Preste atención a las fechas clave que se incluyen en este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información *y* ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al teléfono 1.855.315.5386.

Urdu

کے ذریعے آپ کی Choice Health Community اس نوٹس میں آپم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں درخواست یا ہمے کی تخط سے متعلق ہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں آپم رازیوں کو دیکھے - آپم صحت کے ہمے کے تخط کو برقرار رکھے یا اخراج میں مدد کے لیے آپ کو کچھ خاص رازیوں تک رازیوں کی ضرورت ہوسکتی ہیں آپ کو اپنی رازی میں مفت حاصل کرے گا

آپ حاصل کرنے کے لیے 1.855.315.5806 پر رابطہ کریں۔

Chino

本請通告知有意有本重通要知信內息的重。本要通日期期包。含您關可于能需您透要過在C載止m日m期un-city前H果ea取行h 助
Ch, o以ic保e提留交您的中健請康或保保險險或的費重用要補訊貼息。您。
有權免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話1.855.315.5386

Francés

Cet avis contient d'importantes informations. Cet avis contient d'importantes informations concernant votre demande ou votre couverture avec Community Health Choice. Consultez les dates figurant dans le présent avis car il est possible que vous ayez à prendre certaines mesures avant ces dates pour conserver votre assurance santé ou profiter de meilleurs coûts. Vous êtes en droit de recevoir ces informations et de bénéficier gratuitement d'une aide dans votre langue. Appelez le 1.855.315.5386.

Guvaratī

આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજ અને કરેજ વિશે મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કરેજને રાખવા અથવા પર્યં બાબતે મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ મુદ્દત સુધી પગલાં લેવાની તમારે જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈ પણ પર્યં વિના તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1.855.315.5386 પર કોલ કરો.

Japonés

この通知には記C載oまれmてuにける y 重He要alnth日C付
hoをicごの確申認請くまたださいは。補健健康康保の陵言や有語料によサるが情一報とを維サが持一すトるに無は
料、特ぞ定提の供期と日れまですに。1行.8動55を.3取15ら.5な38け6まれでばおな電ら話なくいた場と合いが。ありま
す。ご希

Laosiano

[illegible]

Ruso

Настоящее уведомление содержит важную информацию. Настоящее уведомление содержит важную информацию, а также заявление (или) страховое покрытие, предоставляемых Community Health Choice. Обратите внимание на основные даты, указанные в настоящем уведомлении. Возможно, будет необходимо предпринять действия до наступления конечного срока для сохранения страхового полиса или для получения помощи в оплате расходов. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощи на вашем языке. Звоните по телефону: 1.855.315.5386.

Tagalog

Ang Notisyang ito ay naglalaman ng Importanteng Impormasyon. Maayroon itong importanteng impormasyon tungkol sa inyong aplikasyon o pagpapaseho sa pamamagitan Community Health Choice. Hanapin ang mga importanteng petsa sa notisyang ito. Maaring may kailangan kayong gainin bago ang mga tinakdang deadline para manatiling nakaseguro o para matulungan kayo sa mga kailangang babayaran. Kayo ay may karapatang makatangap nitong impormasyon at maka- tanggap ng pagasalin sa inyong wika na wala kayong babayaran. Tawagan ang 1.855.315.5386.

Vietnamita

Thông báo này có Thông Tin Quan Trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về mẫu đơn của bạn hoặc bảo hiểm qua chương trình Community Health Choice. Xem những ngày quan trọng trong thông báo này. Bạn có thể cần phải thực hiện trong thời gian nhất định để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn hay giúp đỡ chi phí. Bạn có quyền được thông tin này và giúp đỡ trong ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi 1.855.315.5386.