



Nombre del solicitante _____
 N.º del SS _____
 ID del miembro _____
 Fecha de entrada en vigencia _____
 Fecha de cancelación _____

Plan Individual

Nueva solicitud o cambio en la cobertura

Tiene la opción de elegir un plan de atención médica de la Organización de Mantenimiento de la Salud de Elección de Beneficios del Consumidor que, ya sea en su totalidad o en parte, no proporciona los beneficios de salud exigidos por el estado que normalmente se requieren en las evidencias de cobertura en Texas. Este plan de beneficios de salud estándar puede brindarle un plan de salud más asequible aunque, al mismo tiempo, puede brindarle menos beneficios de plan de salud que los que por lo general se incluyen como beneficios de salud exigidos por el estado en Texas. Si elige este plan de beneficios de salud estándar, consulte con su agente de seguros para saber qué beneficios de salud exigidos por el estado se excluyen en esta evidencia de cobertura.

Para ayudarnos a procesar su solicitud de inmediato, recuerde lo siguiente:

- | | |
|---|--|
| 1 | Escriba todas las respuestas en tinta azul o negra. No se aceptarán respuestas en lápiz. |
| 2 | Asegúrese de firmar personalmente la solicitud como solicitante principal. Si su cónyuge o cualquier dependiente de 18 años o más también solicita cobertura, pida que firme personalmente en la línea de firma correspondiente. |
| 3 | Si es necesario corregir algún error, simplemente tache lo que es incorrecto y coloque sus iniciales junto a la información correcta. |
| 4 | No utilice líquido ni cinta de corrección. |

Envíe una solicitud a través de uno de los siguientes métodos. Si envía su solicitud por correo o fax, debe completarla en su totalidad y seleccione un modo de prima en la Sección D.

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

ENVÍE SU SOLICITUD POR CORREO	Community Health Choice, Atn: Sales Department, 4888 Loop Central Drive Ste. 600 Houston, TX 77081		
ENVÍE SU SOLICITUD POR FAX	713.295.7015	ENVÍE SU SOLICITUD POR CORREO ELECTRÓNICO	MarketPlace@CommunityHealthChoice.org

Si tiene alguna pregunta, llame a su agente de seguros o a un miembro de nuestro equipo de ventas al 713.295.6704 o puede llamar sin cargo al 1.855.315.5386.

Responda las siguientes preguntas solo si presenta la solicitud fuera del período de inscripción abierta anual. La inscripción abierta está vigente del 1/11/2023 al 15/1/2024.

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

<input type="checkbox"/> 1. TENGO UN DEPENDIENTE DEBIDO AL MATRIMONIO EL	FECHA
<input type="checkbox"/> 2. TENGO UN DEPENDIENTE POR NACIMIENTO, ADOPCIÓN, COLOCACIÓN PARA ADOPCIÓN O COMO OBJETO DE UNA DEMANDA PARA ADOPCIÓN EL	FECHA
<input type="checkbox"/> 3. YA NO SOY ELEGIBLE COMO DEPENDIENTE EN VIRTUD DE MI PLAN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR POR ALCANZAR LA EDAD MÁXIMA, SEPARACIÓN LEGAL, DIVORCIO O MUERTE DEL ASEGURADO A PARTIR DEL	FECHA

Nombre del solicitante _____

N.º del SS _____

<input type="checkbox"/> 4. YA NO SOY ELEGIBLE PARA MI PLAN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR DEBIDO A LA RESCISIÓN DEL EMPLEO, REDUCCIÓN EN EL NÚMERO DE HORAS DE EMPLEO, PÉRDIDA DE LA CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR PARA MIS PRIMAS O HE AGOTADO MIS BENEFICIOS DE COBRA A PARTIR DEL	FECHA
<input type="checkbox"/> 5. OBTUVE ACCESO A NUEVAS OPCIONES DE PLANES DE SALUD DEBIDO A UN MUDANZA PERMANENTE EL	FECHA
<input type="checkbox"/> 6. YA NO RESIDO O VIVO EN EL ÁREA DE SERVICIO HMO DE MI PLAN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR A PARTIR DEL	FECHA
<input type="checkbox"/> 7. OCURRIÓ UN ERROR EN MI INSCRIPCIÓN ANTERIOR AL PLAN DE SALUD EL	FECHA
<input type="checkbox"/> 8. HE DEMOSTRADO ADECUADAMENTE QUE MI PLAN DE SALUD ANTERIOR O EMISOR VIOLÓ SUSTANCIALMENTE UNA DISPOSICIÓN IMPORTANTE DE SU CONTRATO CONMIGO A PARTIR DEL	FECHA
<input type="checkbox"/> 9. YO O MIS DEPENDIENTES PERDIMOS LA COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL POR MOTIVOS DISTINTOS A LA FALTA DE PAGO DE LA PRIMA O LA RESCISIÓN EL	FECHA
<input type="checkbox"/> 10. ORDEN DEL TRIBUNAL	FECHA
<input type="checkbox"/> 11. OTRO EVENTO CALIFICATIVO SEGÚN LO REQUIERAN O PERMITAN LAS LEYES DE APLICACIÓN. ESPECIFIQUE AQUÍ:	FECHA

Sección A: Solicitante(s):

SOLICITANTE PRINCIPAL

 NUEVA COBERTURA AGREGAR DEPENDIENTE CAMBIO EN LA COBERTURA RESCINDIR/CANCELAR LA COBERTURA

NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SEXO

 M F

FECHA DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL:

 CASADO DIVORCIADO SOLTERO VIUDO¿ES UN CIUDADANO DE LOS EE. UU.? S N¿ES UN NO CIUDADANO ELEGIBLE? S N¿TIENE UN IDIOMA PREFERIDO PARA HABLAR ADEMÁS DEL INGLÉS? S N

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE:

¿TIENE UN IDIOMA PREFERIDO PARA ESCRIBIR ADEMÁS DEL INGLÉS? S N

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE:

*DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO (4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, SIN INCLUIR USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES)? S N EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONE LA FECHA DEL ÚLTIMO CONSUMO:

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (NO APARTADOS POSTALES)

CONDADO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA

TELÉFONO PRINCIPAL

¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? S N

TELÉFONO SECUNDARIO

¿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 (SOLO PARA HMO)

¿TIENE UNA DISCAPACIDAD QUE AFECTA SU CAPACIDAD PARA COMUNICARSE O LEER? (SOLO PARA HMO) S N

EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIALES NECESARIOS:

OBSTETRA O GINECÓLOGO (SOLO PARA HMO)

Nombre del solicitante _____

N.º del SS _____

CÓNYUGE O HIJOS DEPENDIENTES PARA CUBRIR/DAR DE BAJA (los hijos dependientes deben ser menores de 26 años)

NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		RELACIÓN	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	
¿ES UN CIUDADANO DE LOS EE. UU.? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		¿ES UN NO CIUDADANO ELEGIBLE? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
*DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO (4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, SIN INCLUIR USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES)? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONE LA FECHA DEL ÚLTIMO CONSUMO:			
* DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA			CONDADO
TELÉFONO PRINCIPAL			
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> CORREO POSTAL	
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (SOLO PARA HMO)			
¿TIENE UNA DISCAPACIDAD QUE AFECTA SU CAPACIDAD PARA COMUNICARSE O LEER? (SOLO PARA HMO) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIALES NECESARIOS:			
OBSTETRA O GINECÓLOGO (SOLO PARA HMO)			

NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		RELACIÓN	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	
¿ES UN CIUDADANO DE LOS EE. UU.? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		¿ES UN NO CIUDADANO ELEGIBLE? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
*DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO (4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, SIN INCLUIR USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES)? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONE LA FECHA DEL ÚLTIMO CONSUMO:			
* DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA			CONDADO
TELÉFONO PRINCIPAL			
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> CORREO POSTAL	
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (SOLO PARA HMO)			
¿TIENE UNA DISCAPACIDAD QUE AFECTA SU CAPACIDAD PARA COMUNICARSE O LEER? (SOLO PARA HMO) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIALES NECESARIOS:			
OBSTETRA O GINECÓLOGO (SOLO PARA HMO)			

Nombre del solicitante _____

N.º del SS _____

CÓNYUGE O HIJOS DEPENDIENTES PARA CUBRIR/DAR DE BAJA (los hijos dependientes deben ser menores de 26 años)

NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		RELACIÓN
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO
¿ES UN CIUDADANO DE LOS EE. UU.? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		¿ES UN NO CIUDADANO ELEGIBLE? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
*DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO (4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, SIN INCLUIR USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES)? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONE LA FECHA DEL ÚLTIMO CONSUMO:		
* DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA		CONDADO
TELÉFONO PRINCIPAL		
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> CORREO POSTAL
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (SOLO PARA HMO)		
¿TIENE UNA DISCAPACIDAD QUE AFECTA SU CAPACIDAD PARA COMUNICARSE O LEER? (SOLO PARA HMO) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIALES NECESARIOS:		
OBSTETRA O GINECÓLOGO (SOLO PARA HMO)		

NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		RELACIÓN
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO
¿ES UN CIUDADANO DE LOS EE. UU.? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		¿ES UN NO CIUDADANO ELEGIBLE? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
*DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO (4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, SIN INCLUIR USOS RELIGIOSOS O CEREMONIALES)? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONE LA FECHA DEL ÚLTIMO CONSUMO:		
* DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA		CONDADO
TELÉFONO PRINCIPAL		
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> CORREO POSTAL
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (SOLO PARA HMO)		
¿TIENE UNA DISCAPACIDAD QUE AFECTA SU CAPACIDAD PARA COMUNICARSE O LEER? (SOLO PARA HMO) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA LOS MATERIALES DE COMUNICACIÓN ESPECIALES NECESARIOS:		
OBSTETRA O GINECÓLOGO (SOLO PARA HMO)		

Nombre del solicitante _____

N.º del SS _____

AVISO AL SOLICITANTE SOBRE LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE SE ENTREGA ELECTRÓNICAMENTE

COMUNICACIÓN ESCRITA ENTREGADA ELECTRÓNICAMENTE	
<p>Si indica "Sí" en esta sección y proporcionó una dirección de correo electrónico en la Sección A anterior, recibirá todas las comunicaciones, incluidos los documentos de su plan, de forma electrónica en el correo electrónico proporcionado. También puede ver e imprimir los documentos del plan en cualquier momento. Puede encontrar todos los documentos en su cuenta en línea. Puede solicitar una copia impresa de cualquier comunicación escrita llamando al servicio de atención al cliente al número que figura en su ID de miembro o iniciando sesión en su cuenta en línea. También puede cambiar su método de contacto preferido para recibir un método de comunicación por escrito o proporcionar información de contacto actualizada en cualquier momento llamando al servicio de atención al cliente al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro o iniciando sesión en su cuenta en línea.</p>	<p><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p>
<p>FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL</p>	<p>FECHA</p>

Sección B: Solicitar la cobertura

NOTA: Las fechas de vigencia están disponibles únicamente el primer día del mes, a menos que la ley exija lo contrario. Community Health Choice Inc. debe recibir las solicitudes dentro del período de inscripción definido para ser aceptadas.

¿El solicitante principal, su cónyuge o algún hijo dependiente ha viajado desde otro país con el fin de obtener cobertura de seguro para un tratamiento o procedimiento médico específico que se realizará en el área de servicio?

Marque la opción correspondiente: Sí / No

SELECCIÓN DEL PLAN	DEDUCIBLE
<input type="checkbox"/> Community Premier Bronze 003 (Sin deducible para PCP, atención preventiva gratuita, telesalud gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana)	\$7,700 individual/\$15,400 familiar
<input type="checkbox"/> Community Premier Virtual Bronze 11 (Visitas virtuales gratuitas ilimitadas las 24 horas al día, los 7 días de la semana)	\$9,450 individual/\$18,900 familiar
<input type="checkbox"/> Community Select Bronze 016 (Sin deducible para PCP y medicamentos genéricos, telesalud gratuita las 24 horas al día, los 7 días de la semana)	\$8,100 individual/\$16,200 familiar
<input type="checkbox"/> Community Premier Bronze 018 (Sin deducible para PCP, especialistas y medicamentos genéricos, telesalud gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana)	\$7,500 individual/\$15,000 familiar
<input type="checkbox"/> Community Premier Silver 004 (Sin deducible para PCP, especialistas y atención de urgencia y medicamentos genéricos, telesalud gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana)	\$3,300 individual/\$6,600 familiar
<input type="checkbox"/> Community Premier Silver 012 (Sin deducible para PCP, atención de urgencia y medicamentos genéricos, telesalud gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana)	\$3,000 individual/\$6,000 familiar
<input type="checkbox"/> Community Premier Silver 013 (Sin deducible para PCP, especialistas y atención de urgencia y medicamentos genéricos, telesalud gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana)	\$9,100 individual/\$18,200 familiar
<input type="checkbox"/> Community Select Silver 019 (Sin deducible para PCP, especialistas y medicamentos genéricos, telesalud gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana)	\$4,500 individual/\$9,000 familiar
<input type="checkbox"/> Community Premier Silver 020 (Sin deducible para PCP, especialistas y medicamentos genéricos, telesalud gratuita las 24 horas al día, los 7 días de la semana)	\$5,900 individual/\$11,800 familiar
<input type="checkbox"/> Community Enhanced Gold 005 (Sin deducible para PCP, especialistas y atención de urgencia y medicamentos genéricos, telesalud gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana)	\$1,600 individual/\$3,200 familiar
<input type="checkbox"/> Community Premier Gold 021 (Sin deducible para PCP, especialistas y medicamentos genéricos, telesalud gratuita las 24 horas al día, los 7 días de la semana)	\$1,500 individual/\$3,000 familiar
<input type="checkbox"/> Community Select Gold 022 (Sin deducible para PCP, especialistas y medicamentos genéricos, telesalud gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana)	\$1,800 individual/\$3,600 familiar

Solo para HMO:

ATENCIÓN MIEMBROS FEMENINOS: Al seleccionar su PCP, recuerde que la red de su PCP puede afectar su elección de obstetra/ginecólogo. Tiene derecho a recibir servicios de un obstetra/ginecólogo sin obtener primero una derivación de su PCP. No es necesario que designe un obstetra/ginecólogo. Puede optar por recibir servicios de obstetricia y ginecología de su PCP.

Nombre del solicitante _____

N.º del SS _____

Sección C: Información de facturación

Nota: No cancele ninguna cobertura actual que pueda tener hasta que se apruebe su solicitud y su nuevo plan entre en vigencia.

Seleccione una de las siguientes opciones para configurar el pago de su prima.

GIRO BANCARIO

El giro bancario incluye pagos iniciales y subsiguientes. El pago se realizará al recibir esta solicitud. Debe completar el acuerdo de autorización a continuación. (Marque todas las opciones que correspondan).

PRIMA DEL PRIMER MES

OPCIONES MENSUALES RECURRENTE: IMPORTE TOTAL A PAGAR IMPORTE IMPORTE DE LA PRIMA A PAGAR OTRO
 RECURRENTE EN 15 FECHA DE GIROS EN 25

ACUERDO DE AUTORIZACIÓN

Requerido solo para pagos con giro bancario

Solicito y autorizo a Community Health Choice o la persona designada a obtener el pago de los importes a pagar mediante un cargo a mi cuenta en forma de cheques, giros de acciones o asientos de débito electrónicos, y solicito y autorizo a la institución financiera nombrada a continuación a aceptar y entregar el pago desde mi cuenta. Comprendo que esta solicitud de cobertura no es un plan de salud grupal del empleador y no pretende, de ninguna manera, ser un plan de seguro médico patrocinado por el empleador. Certifico que los empleadores de los solicitantes de cobertura no contribuirán con ninguna parte de la prima ni reembolsarán ninguna parte de la prima ahora o en el futuro. En la medida en que mi empleador contribuya a cualquier parte de la prima, ya sea directamente o mediante reembolso, se realizará a través de una [QSEHRA o ICHRA]. También comprendo que tanto la institución financiera como Community Health Choice se reservan el derecho de cancelar este programa de pago o mi participación en el mismo. Para realizar cambios en mi institución financiera, comprendo que tendré que avisar por teléfono a Community Health Choice con al menos 10 días de antelación a la fecha de retiro programada. Comprendo que soy responsable de garantizar que el pago se procese correctamente.

Complete lo siguiente – imprima o escriba la información:

Autorizo a Community Health Choice a deducir los pagos de las primas de mi cuenta corriente o de caja de ahorros. Si la fecha del giro cae en un día no hábil o feriado, el pago de la prima se deducirá de mi cuenta el siguiente día hábil.

Verifique que haya fondos adecuados disponibles al momento de la solicitud. Community Health Choice no es responsable de los cargos incurridos debido a fondos insuficientes.

MARQUE UNA OPCIÓN: CUENTA CORRIENTE CAJA DE AHORRO

NOMBRE DEL DEPOSITANTE SI NO ES EL SOLICITANTE

SE ADJUNTA UNA COPIA DE UN CHEQUE ANULADO

NOMBRE Y UBICACIÓN DEL BANCO DONDE SE AUTORIZA LA CUENTA

NOMBRE DE LA CUENTA

NÚMERO DE TRÁNSITO BANCARIO / NÚMERO DE RUTA

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 del SS _____

TARJETA DE CRÉDITO (VISA, MASTERCARD, DISCOVER)

La tarjeta de crédito incluye pagos iniciales y subsiguientes. El pago se realizará al recibir esta solicitud. Debe completar el acuerdo de autorización a continuación. (Marque todas las opciones que correspondan).

PRIMA DEL PRIMER MES MENSUAL RECURRENTE FECHA DEL GIRO RECURRENTE EN 15 25

IMPORTE TOTAL A PAGAR IMPORTE DE LA PRIMA A PAGAR OTRO IMPORTE

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

Solicito y autorizo a Community Health Choice o la persona designada a obtener el pago de los importes a pagar mediante un cargo a mi cuenta en forma de cheques, giros de acciones o asientos de débito electrónicos, y solicito y autorizo a la institución financiera nombrada a continuación a aceptar y entregar el pago desde mi cuenta. Comprendo que esta solicitud de cobertura no es un plan de salud grupal del empleador y no pretende, de ninguna manera, ser un plan de seguro médico patrocinado por el empleador. Certifico que los empleadores de los solicitantes de cobertura no contribuirán con ninguna parte de la prima ni reembolsarán ninguna parte de la prima ahora o en el futuro. También comprendo que tanto la institución financiera como Community Health Choice se reservan el derecho de cancelar este programa de pago o mi participación en el mismo. Para realizar cambios en mi institución financiera, comprendo que tendré que avisar por teléfono a Community Health Choice con al menos 10 días de antelación a la fecha de retiro programada. Comprendo que soy responsable de garantizar que el pago se procese correctamente.

Complete lo siguiente – imprima o escriba la información:

Autorizo a Community Health Choice a deducir los pagos de las primas de mi cuenta corriente o de caja de ahorros. Si la fecha del giro cae en un día no hábil o feriado, el pago de la prima se deducirá de mi cuenta el siguiente día hábil.

Verifique que haya fondos adecuados disponibles al momento de la solicitud. Community Health Choice no es responsable de los cargos incurridos debido a fondos insuficientes.

NOMBRE EN LA TARJETA DE CRÉDITO (EXACTAMENTE COMO ESTÁ IMPRESO)

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN PARA TARJETA DE CRÉDITO (CALLE, N.º DE APARTAMENTO)

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE LA TARJETA DE CRÉDITO

FECHA DE VENCIMIENTO

CÓDIGO CVV

FIRMA

FECHA DE HOY

Facture todos los cargos a la(s) tarjeta(s) anterior(es). Como el importe del pago puede variar, recibiré una notificación por escrito del importe y la fecha del próximo cargo antes de cada fecha programada.

Esta autorización es válida hasta que le proporcione una cancelación escrita o verbal.

CHEQUE

MENSUAL POR CHEQUE IMPORTE DE LA PRIMA DEL PRIMER MES DE ADJUNTO S N (Marque todas las opciones que correspondan)

EMITA LOS CHEQUES Y ENVÍELOS A:

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

*Debe incluir el número de identificación del suscriptor

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

Nombre del solicitante _____

N.º del SS _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Si es diferente del nombre del solicitante y de la dirección residencial. Si se ingresa una dirección en esta sección, solo se enviará la facturación a esta dirección; toda la demás correspondencia se enviará a la dirección que figura en la Sección A, a menos que se solicite lo contrario.

NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (NO APARTADOS POSTALES)

NOMBRE DE LA PARTE QUE RECIBE LA FACTURA (SI SOLICITA LISTA DE FACTURA SOLAMENTE)

Sección D: Otra información sobre la cobertura**OTRA INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA**

¿ALGUNA PERSONA QUE SOLICITA COBERTURA TIENE ACTUALMENTE COBERTURA DE SALUD O COBERTURA MÉDICA MAYOR CON ALGUNA OTRA ASEGURADORA, YA SEA COMO ASEGURADO PRINCIPAL, CÓNYUGE O COMO DEPENDIENTE?

S N EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NOMBRE EN LA PÓLIZA ANTERIOR SI CORRESPONDE	NÚMERO DE MIEMBRO/GRUPO (OPCIONAL)
NOMBRE DEL SOLICITANTE	NOMBRE EN LA PÓLIZA ANTERIOR SI CORRESPONDE	NÚMERO DE MIEMBRO/GRUPO (OPCIONAL)

REEMPLAZO DE LA COBERTURA

¿ESTA COBERTURA REEMPLAZARÁ CUALQUIER COBERTURA DE SALUD ACTUALMENTE VIGENTE?

S N EN CASO AFIRMATIVO, LEA LA DECLARACIÓN A CONTINUACIÓN Y COMPLETE LO SIGUIENTE:

INDIQUE TODA LA COBERTURA QUE SE REEMPLAZARÁ

ASEGURADO	NOMBRE DE LA EMPRESA	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE RESCISIÓN

AVISO AL SOLICITANTE SOBRE EL REEMPLAZO DE COBERTURA DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD

Si se indica "Si" arriba, tiene la intención de dejar que caduque o cancelar la cobertura de accidentes y enfermedades existente y reemplazarla por un contrato que emitirá Community Health Choice. Para su propia información y protección, debe conocer y considerar seriamente ciertos factores que pueden afectar la protección de la cobertura disponible para usted según el nuevo contrato.

1. Puede obtener el asesoramiento de su aseguradora actual o su agente con respecto al reemplazo propuesto de su contrato actual. Este no es solo su derecho, sino que también debe asegurarse de comprender todos los factores relevantes que afectan el reemplazo de su cobertura actual.
2. Si, después de la debida consideración, aún desea rescindir su contrato actual y reemplazarlo por una nueva cobertura, asegúrese de responder de manera sincera y completa todas las preguntas de esta solicitud relacionadas con cualquier persona que solicite cobertura. No incluir toda la información material en cualquier solicitud puede proporcionar una base para que la empresa rechace cualquier reclamo futuro y le reembolse su prima como si su contrato nunca hubiera estado vigente. Después de completar la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla detenidamente para asegurarse de que toda la información se haya registrado correctamente.
3. Se recomienda que no rescinda su contrato actual hasta que esté seguro de que Community Health Choice haya aceptado su solicitud para el nuevo contrato.

Sección E: Firmas requeridas

Confirmaciones: El solicitante, a su leal saber y entender, declara y acepta lo siguiente:

1. Esta solicitud no proporciona cobertura de ningún tipo a menos que Community Health Choice (la Empresa) proporcione la aprobación, y la solicitud, si no fue aprobada o rechazada previamente, se considerará retirada el día 60 después de su fecha.
2. La cobertura de gastos médicos no estará disponible hasta la fecha de vigencia del contrato de salud y el pago, en su totalidad, de la prima del primer mes.
3. Ningún agente puede aceptar riesgos o modificar pólizas o requisitos de la Empresa.
4. La Empresa no está obligada por ninguna declaración que no esté escrita en esta solicitud.
5. Si un cónyuge o dependientes están incluidos en la cobertura de gastos médicos, la prima se calculará en función de la edad de cada individuo cubierto, sujeto a las leyes y regulaciones aplicables.
6. Comprendo que una acción, práctica u omisión que constituya fraude o que haga una tergiversación intencional de un hecho material en la solicitud puede resultar en la rescisión de la cobertura. La rescisión se define como una cancelación o discontinuación de la cobertura que tiene efecto retroactivo. Recibiré un aviso por escrito con al menos 30 días de antelación antes de que mi cobertura o la de mi dependiente pueda ser rescindida, retroactivamente a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. El solicitante abajo firmante reconoce además que cualquier agente actúa en su nombre a los efectos de comprar el seguro, y que, si la Empresa acepta esta solicitud y emite un plan individual, la Empresa puede pagar al agente una comisión u otra compensación en relación con la emisión de dicho plan individual. El abajo firmante confirma además que si desea información adicional sobre cualquier comisión u otra compensación pagada al agente por la Empresa en relación con la emisión del plan individual, debe comunicarse con el 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 cualquier afirmación y respuesta en esta solicitud son declaraciones. A mi leal saber y entender, son verdaderas y completas. Estas declaraciones son la base de mi solicitud. Comprendo que la cobertura entrará en vigencia luego del pago total de la prima del primer mes. El solicitante y el agente abajo firmantes confirman que el solicitante ha leído la solicitud completa y que comprende que cualquier declaración falsa importante sobre el riesgo o tergiversaciones en la misma pueden resultar en la pérdida de la cobertura de la póliza. Esta solicitud pasará a formar parte del contrato entre la Empresa y el solicitante.

Autorización: Autorizo a cualquier profesional médico, hospital, clínica u otra instalación médica o relacionada con la medicina, agencia gubernamental, administrador de beneficios de farmacia, farmacia minorista, cámara de compensación de farmacias u otra persona o empresa a divulgar información a la Empresa o a su representante autorizado, incluidas copias de registros relacionados con asesoramiento, atención o tratamiento proporcionado a mí o a mis dependientes, que incluye, entre otros, información relacionada con la receta y el consumo de drogas o alcohol. También autorizo la divulgación de información según sea necesario a entidades médicas relacionadas con mi atención.

Comprendo que la Empresa puede volver a divulgar la información obtenida con mi autorización según lo permita o exija la ley y ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad.

Esta autorización es válida por dos años a partir de hoy o hasta que termine la cobertura. Comprendo que tengo derecho a revocar la autorización en cualquier momento, por escrito, comunicándome con Community Health Choice. Además, comprendo que yo o cualquier representante autorizado recibiremos una copia de esta autorización si la solicitamos. Cualquier revocación no afectará las actividades de la Empresa antes de la fecha en que la Empresa reciba dicha revocación.

Nombre del solicitante _____

N.º del SS _____

Firmas: Confirmando la recepción de la explicación de cobertura y certifico que:

1. Pago las primas como un gasto personal.
2. Mi empleador no contribuye a ninguna parte de la prima, ni de forma directa ni mediante reembolso.
3. Como 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 la sección 106 o la sección 162 del Código de Ingresos Internos. La declaración de divulgación se proporcionará previa solicitud.

La declaración de divulgación se proporcionará previa solicitud.

Durante un máximo de dos (2) años a partir de la fecha de vigencia de la póliza, cuando Community Health Choice tenga derecho a rescindir la cobertura ya vigente o de otro modo se le permita realizar cambios retroactivos a esta póliza, Community Health Choice podrá, a su criterio, reformar la póliza ya vigente o cambiar la categoría/nivel de calificación. En caso de reforma, la póliza se volverá a emitir retroactivamente en la forma en que se habría emitido si se hubiera conocido la información errónea u omitida al momento de la solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL	FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE (SI SE INCLUYE EN LA SOLICITUD)†	FECHA
FIRMA DEL DEPENDIENTE (SOLO SI TIENE 18 AÑOS O MÁS Y SE INCLUIRÁ EN LA COBERTURA)	FECHA
FIRMA DEL DEPENDIENTE (SOLO SI TIENE 18 AÑOS O MÁS Y SE INCLUIRÁ EN LA COBERTURA)	FECHA
FIRMA DEL DEPENDIENTE (SOLO SI TIENE 18 AÑOS O MÁS Y SE INCLUIRÁ EN LA COBERTURA)	FECHA
SI ESTA AUTORIZACIÓN ESTÁ FIRMADA POR UN REPRESENTANTE PERSONAL EN NOMBRE DE UNA PERSONA QUE NO SEA UN PADRE PARA UN NIÑO MENOR, COMPLETE LO SIGUIENTE:	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE PERSONAL (EN LETRA DE MOLDE)	RELACIÓN:

Sección F: Información del agente

CERTIFICACIÓN DEL AGENTE

Certifico que envié la solicitud a los solicitantes para que la completaran, o que personalmente hice las preguntas y registré las respuestas tal como se proporcionaron. Certifico además que no tengo conocimiento de ninguna otra información médica sobre los solicitantes que no esté incluida en esta solicitud y que se envió a los solicitantes material escrito que explica los beneficios, exclusiones y disposiciones del contrato. Certifico que he entregado el resumen de cobertura requerido y, si se solicita, la declaración de divulgación.

EL PLAN DEBE ENVIARSE POR CORREO A AGENTE SOLICITANTE

INFORMACIÓN DEL AGENTE (si corresponde)

FIRMA DEL AGENTE	FECHA	ID/NÚMERO NPN DEL AGENTE
NOMBRE DE AGENTE EN LETRA DE MOLDE	TELÉFONO DEL AGENTE	FAX DEL AGENTE

Gracias por enviar su solicitud.

Incluya todos los materiales necesarios al enviar esta solicitud.

Si es tutor legal, adjunte la sentencia judicial firmada.

ASISTENCIA CON EL IDIOMA

La ley federal exige que Community Health Choice, Inc. proporcione la siguiente información.



DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN (MERCADO)

La discriminación es ilegal.

Community Health Choice, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. no excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Community Health Choice, Inc:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes cualificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1.855.315.5386 o TDD/TTY 711.

Si cree que Community Health Choice, Inc. no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Community Health Choice

Atn: Service Improvement Department
4888 Loop Central Drive Ste. 600
Houston, TX 77081

Teléfono: 1.855.315.5386 TDD/TTY 711

Fax: 713.295.7036

Correo electrónico: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Daniel Barzman, director de cumplimiento, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

<p>Arabic العربية</p> <p>تامدخ نإف ؁ ةغلل ركذا شدحتت تنك اذا ؁ ةظوحلم لصتا . ن اجمال اب لكل رفاوتت ةيوغلل ا ةدعاسملا مقرب 1.855.315.5386.</p>	<p>Korean</p> <p>주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.855.315.5386번으로 전화해 주십시오.</p>
<p>Chinese</p> <p>注意：如果 使用繁體中文， 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.855.315.5386</p>	<p>Lao</p> <p>ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 1.855.315.5386.</p>
<p>English</p> <p>ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.855.315.5386.</p>	<p>Persian</p> <p>ءدءنك ىم وگتفگ ىسراف نابز هب رگا ؁ هجوت مهارف امش ىارب ناگىار تروصب ىنابز تال ىست ؁ دىرىگب سامت 1.855.315.5386 اب . دشاب ىم</p>
<p>French</p> <p>ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez 1.855.315.5386.</p>	<p>Russian</p> <p>ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.855.315.5386.</p>
<p>German</p> <p>ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1.855.315.5386.</p>	<p>Spanish</p> <p>ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.855.315.5386.</p>
<p>Gujarati</p> <p>સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો ન:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1.855.315.5386.</p>	<p>Tagalog</p> <p>PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.855.315.5386.</p>
<p>Hindi</p> <p>ध्यान दे: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1.855.315.5386 पर कॉल करें।</p>	<p>Urdu</p> <p>وت ؁ ىه ةتل وب ودر اپ آرگا : ازادربخ تءم ءخ ىك ءءم ىك ن ابزوك پ آ ىى رك ل اك - ىه ب اى ت س ءى م ت ف م 1.855.315.5386.</p>
<p>Japanese</p> <p>注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1.855.315.5386まで、お電話にてご連絡ください。</p>	<p>Vietnamese</p> <p>CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.855.315.5386.</p>