



Nombre del solicitante \_\_\_\_\_  
 N.º de SSN \_\_\_\_\_  
 Id. del miembro \_\_\_\_\_  
 Fecha de entrada en vigor \_\_\_\_\_  
 Fecha de cancelación \_\_\_\_\_

# Plan individual

## Nueva solicitud o cambio en la cobertura

Usted tiene la opción de elegir un plan de cuidado de la salud de la Organización para el Mantenimiento de la Salud de Elección de beneficios del afiliado que, ya sea en su totalidad o en parte, no proporcione 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 proporcionarle un plan de salud más asequible aunque, al mismo tiempo, puede proporcionarle menos beneficios del plan de salud que los que normalmente se incluyen como beneficios de salud exigidos por el estado en Texas. Si elige este plan de beneficios de salud estándar, consulte a su agente de seguros para averiguar qué beneficios de salud exigidos por el estado están excluidos en esta evidencia de cobertura.

Para que podamos procesar su solicitud lo más pronto posible, recuerde lo siguiente:

1	Escriba todas las respuestas con tinta azul o negra. No se aceptará el uso de lápiz.
2	Asegúrese de firmar personalmente la solicitud como solicitante principal. Si su cónyuge o dependientes mayores de 18 años también solicitan cobertura, haga que firmen personalmente en la línea de firma correspondiente.
3	Si fuera necesario corregir algún error, simplemente tache lo que sea incorrecto y escriba sus iniciales junto a la información correcta.
4	No utilice corrector líquido ni cinta adhesiva.

Envíe la solicitud a través de uno de los métodos siguientes. Si la envía por correo postal o fax, complete toda la solicitud y seleccione una modalidad 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.**

<b>SOLICITUD POR CORREO POSTAL</b>	Community Health Choice - Para la atención de: Departamento de Ventas, 4888 Loop Central Drive Ste. 600 Houston, TX 77081		
<b>SOLICITUD POR FAX</b>	713-295-7015	<b>SOLICITUD POR CORREO ELECTRÓNICO</b>	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 al número gratuito 1-855-315-5386.

**Responda a las siguientes preguntas solo si realiza la solicitud fuera del período anual de inscripción abierta. La inscripción abierta es del 1 de noviembre de 2023 al 15 de enero de 2024.**

Solicito la inscripción fuera del período de inscripción anual porque he sufrido uno o más de estos eventos durante los últimos 60 días (marque todos los que correspondan y proporcione la documentación justificativa):

<input type="checkbox"/> 1. SUMÉ A UN DEPENDIENTE PORQUE ME CASÉ EL	FECHA
<input type="checkbox"/> 2. SUMÉ A UN DEPENDIENTE POR NACIMIENTO, ADOPCIÓN, ACOGIMIENTO TEMPORAL DE UN NIÑO O POR SER SUJETO DE UNA DEMANDA DE ADOPCIÓN EL	FECHA
<input type="checkbox"/> 3. YA NO SOY ELEGIBLE COMO DEPENDIENTE EN MI PLAN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR DEBIDO A QUE HE ALCANZADO LA EDAD MÁXIMA, ME SEPARÉ LEGALMENTE, ME DIVORCIÉ O FALLECIÓ EL TITULAR DEL SEGURO EL	FECHA
<input type="checkbox"/> 4. YA NO SOY ELEGIBLE PARA MI PLAN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR DEBIDO AL CESE DE MI RELACIÓN LABORAL, LA REDUCCIÓN DE LA CANTIDAD DE HORAS DE TRABAJO, LA PÉRDIDA DE LOS APORTES DEL EMPLEADOR A MIS PRIMAS O HE AGOTADO MIS BENEFICIOS DE COBRA EL	FECHA
<input type="checkbox"/> 5. HE ACCEDIDO A NUEVAS OPCIONES DE PLANES DE SALUD GRACIAS A UN TRASLADO PERMANENTE EL	FECHA

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

N.º de SSN \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> 6. YA NO RESIDO NI VIVO EN EL ÁREA DE SERVICIO DE HMO DE MI PLAN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR DESDE EL	FECHA
<input type="checkbox"/> 7. SE PRODUJO 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 INCUMPLIERON SUSTANCIALMENTE UNA DISPOSICIÓN SUSTANCIAL DE SU CONTRATO CONMIGO EL	FECHA
<input type="checkbox"/> 9. MIS DEPENDIENTES Y YO HEMOS PERDIDO LA COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL POR MOTIVOS DISTINTOS AL NO PAGO DE LA PRIMA O LA RESCISIÓN EL	FECHA
<input type="checkbox"/> 10. ORDEN JUDICIAL	FECHA
<input type="checkbox"/> 11. OTRO EVENTO CALIFICADOR SEGÚN LO REQUERIDO O PERMITIDO POR LAS LEYES APLICABLES. ESPECIFIQUE AQUÍ:	FECHA

## Sección A: Solicitantes

### SOLICITANTE PRINCIPAL

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

NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SEXO

 M  F

FECHA DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL:

 CASADO  SOLTERO  
 DIVORCIADO  VIUDO
¿ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE?  Sí  No¿ES ELEGIBLE PERO NO TIENE LA CIUDADANÍA?  Sí  No¿TIENE OTRO IDIOMA DE PREFERENCIA PARA HABLAR, ADEMÁS DEL INGLÉS?  Sí  No

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE:

¿TIENE OTRO IDIOMA DE PREFERENCIA PARA ESCRIBIR, ADEMÁS DEL INGLÉS?  Sí  No

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE:

\*EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO (4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, SIN INCLUIR EL CONSUMO RELIGIOSO O CEREMONIAL)?  Sí  No EN CASO AFIRMATIVO, ESCRIBA LA FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ:

DOMICILIO RESIDENCIAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (N.º DE CASILLAS DE CORREO)

CONDADO

DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI ES DIFERENTE AL ANTERIOR

TELÉFONO PRINCIPAL

TELÉFONO SECUNDARIO

¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO?  Sí  No¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO?  Sí  No

OTRO TELÉFONO

¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO?  Sí  No

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO

 CORREO ELECTRÓNICO  CORREO POSTAL

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (SOLO PARA HMO)

¿TIENE UNA DISCAPACIDAD QUE LE IMPIDA COMUNICARSE O LEER? (SOLO PARA HMO)  Sí  No

EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA EL MATERIAL ESPECIAL DE COMUNICACIÓN QUE NECESITA:

OBSTETRA O GINECÓLOGO (SOLO PARA HMO)

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

N.º de SSN \_\_\_\_\_

**CÓNYUGE E HIJOS DEPENDIENTES A CUBRIR/FINALIZAR LA COBERTURA (los hijos dependientes deben ser menores de 26 años)**

NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		RELACIÓN
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO
¿ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿ES ELEGIBLE PERO NO TIENE LA CIUDADANÍA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO (4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, SIN INCLUIR EL CONSUMO RELIGIOSO O CEREMONIAL)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, ESCRIBA LA FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ:		
*DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI ES DIFERENTE AL ANTERIOR		CONDADO
TELÉFONO PRINCIPAL		
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
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 LE IMPIDA COMUNICARSE O LEER? (SOLO PARA HMO) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA EL MATERIAL ESPECIAL DE COMUNICACIÓN QUE NECESITA:		
OBSTETRA O GINECÓLOGO (SOLO PARA HMO)		

NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		RELACIÓN
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO
¿ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿ES ELEGIBLE PERO NO TIENE LA CIUDADANÍA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO (4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, SIN INCLUIR EL CONSUMO RELIGIOSO O CEREMONIAL)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, ESCRIBA LA FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ:		
*DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI ES DIFERENTE AL ANTERIOR		CONDADO
TELÉFONO PRINCIPAL		
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
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)		

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

N.º de SSN \_\_\_\_\_

**CÓNYUGE E HIJOS DEPENDIENTES A CUBRIR/FINALIZAR LA COBERTURA (los hijos dependientes deben ser menores de 26 años)**

NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		RELACIÓN
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO
¿ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿ES ELEGIBLE PERO NO TIENE LA CIUDADANÍA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO (4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, SIN INCLUIR EL CONSUMO RELIGIOSO O CEREMONIAL)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, ESCRIBA LA FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ:		
*DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI ES DIFERENTE AL ANTERIOR		CONDADO
TELÉFONO PRINCIPAL		
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
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 LE IMPIDA COMUNICARSE O LEER? (SOLO PARA HMO) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA EL MATERIAL ESPECIAL DE COMUNICACIÓN QUE NECESITA:		
OBSTETRA O GINECÓLOGO (SOLO PARA HMO)		

NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		RELACIÓN
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO
¿ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿ES ELEGIBLE PERO NO TIENE LA CIUDADANÍA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HA CONSUMIDO TABACO (4 O MÁS VECES POR SEMANA EN PROMEDIO, SIN INCLUIR EL CONSUMO RELIGIOSO O CEREMONIAL)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, ESCRIBA LA FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ:		
*DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI ES DIFERENTE AL ANTERIOR		CONDADO
TELÉFONO PRINCIPAL		
¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
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 LE IMPIDA COMUNICARSE O LEER? (SOLO PARA HMO) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA EL MATERIAL ESPECIAL DE COMUNICACIÓN QUE NECESITA:		
OBSTETRA O GINECÓLOGO (SOLO PARA HMO)		
¿TIENE UNA DISCAPACIDAD QUE LE IMPIDA COMUNICARSE O LEER? (SOLO PARA HMO) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA EL MATERIAL ESPECIAL DE COMUNICACIÓN QUE NECESITA:		
OBSTETRA O GINECÓLOGO (SOLO PARA HMO)		

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

N.º de SSN \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN AL SOLICITANTE RELATIVA A LA ENTREGA DE UNA COMUNICACIÓN POR ESCRITO POR MEDIOS ELECTRÓNICOS**

<b>COMUNICADO POR ESCRITO POR MEDIOS ELECTRÓNICOS</b>	
<p>Si en esta sección su respuesta es afirmativa y facilita una dirección de correo electrónico en la sección A anterior, recibirá todos los comunicados, incluidos los documentos del plan, por medios electrónicos en la dirección de correo electrónico facilitada. También puede consultar e imprimir los documentos del plan en cualquier momento. Puede encontrar todos los documentos en su cuenta en línea. Puede solicitar una copia en papel de cualquier comunicación por escrito al llamar al servicio de atención al cliente al número que figura en su Id. del miembro o acceder a su cuenta en línea. También puede cambiar su método de contacto preferido para recibir comunicados por escrito o proporcionar información de contacto actualizada en cualquier momento al llamar al servicio de atención al cliente al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro o acceder a su cuenta en línea.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL</p>	<p>FECHA</p>

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

N.º de SSN \_\_\_\_\_

## Sección B: Cómo solicitar una cobertura

**NOTA: Las fechas de entrada en vigor están disponibles únicamente el primer día del mes, a menos que la ley exija lo contrario. Para ser aceptadas, las solicitudes deben ser recibidas por Community Health Choice Inc. dentro del período de inscripción definido.**

¿Han viajado el solicitante principal, su cónyuge o alguno de sus hijos dependientes 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 con un círculo: Sí/no

SELECCIÓN DEL PLAN	DEDUCIBLE
<input type="checkbox"/> <b>Community Premier Gold 001</b>	\$30 PCP/\$65 especialista

Solo para HMO:

SI ES UNA MIEMBRO MUJER, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: al seleccionar a su PCP, recuerde que la red de su PCP puede afectar a su elección de obstetra/ginecólogo. Tiene derecho a recibir servicios de un obstetra/ginecólogo sin tener que obtener primero una derivación de su PCP. No está obligada a designar a un obstetra/ginecólogo. Puede optar por recibir los servicios de ginecología y obstetricia de su PCP.

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

N.º de SSN \_\_\_\_\_

## Sección C: Información de facturación

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

Seleccione una de las siguientes opciones para efectuar el pago de la prima.

### GIRO BANCARIO

El giro bancario incluye el pago inicial y los pagos periódicos. El pago se girará a la recepción de esta solicitud. Debe completar el acuerdo de autorización que figura a continuación. (Seleccione todas las opciones que correspondan).

PRIMA DEL PRIMER MES

OPCIONES MENSUALES RECURRENTE:  MONTO TOTAL ADEUDADO  MONTO DE PRIMAS ADEUDADO  OTRO MONTO  
 FECHA RECURRENTE DEL GIRO  15 Y 25

### ACUERDO DE AUTORIZACIÓN

#### Requerido solo para pagos de giros bancarios

Solicito y autorizo a Community Health Choice y/o a la persona designada a obtener el pago de los montos adeudados al iniciar cargos a mi cuenta en forma de cheques, letras de cambio o débitos electrónicos, y solicito y autorizo a la institución financiera mencionada a continuación a aceptar y pagar estos montos en mi cuenta. Entiendo 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 de salud patrocinado por el empleador. Certifico que las empresas de las personas que solicitan la cobertura no harán ningún aporte a ninguna parte de la prima ni reembolsarán ninguna parte de la prima ni ahora ni en el futuro. En la medida en que mi empleador haga aportes a alguna parte de la prima, ya sea directamente o mediante reembolso, lo hará a través de una [QSEHRA, o ICHRA]. También entiendo que tanto la institución financiera como Community Health Choice se reservan el derecho a terminar este programa de pagos o mi participación en este. Para realizar cambios a mi institución financiera, entiendo que tendré que notificar a Community Health Choice por teléfono con al menos 10 días de anticipación antes de la fecha programada de retiro. Entiendo que soy responsable de asegurar que el pago sea procesado exitosamente.

#### Complete la siguiente información, puede hacerlo en forma manuscrita o digital.

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

**Asegúrese de que cuente con los fondos suficientes en el momento de la solicitud. Community Health Choice no se hace responsable de los cargos incurridos debido a fondos insuficientes.**

MARQUE UNA OPCIÓN:  CUENTA CORRIENTE  CUENTA DE AHORROS

NOMBRE DEL DEPOSITANTE SI NO ES EL SOLICITANTE

SE ADJUNTA COPIA DEL CHEQUE ANULADO:

NOMBRE Y UBICACIÓN DEL BANCO DONDE ESTÁ AUTORIZADA LA CUENTA

NOMBRE DEL TITULAR 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 de SSN \_\_\_\_\_

**TARJETA DE CRÉDITO (VISA, MASTERCARD, DISCOVER)**

La tarjeta de crédito incluye el pago inicial y los pagos periódicos. El pago se girará a la recepción de esta solicitud. Debe completar el acuerdo de autorización que figura a continuación. (Seleccione todas las opciones que correspondan).

PRIMA DEL PRIMER MES  PRIMAS MENSUALES RECURRENTE FECHA RECURRENTE DEL GIRO  15  25

MONTO TOTAL ADEUDADO  MONTO ADEUDADO DE PRIMAS  OTRO MONTO

**ACUERDO DE AUTORIZACIÓN****Requerido solo para pagos de giros bancarios**

Solicito y autorizo a Community Health Choice y/o a la persona designada a obtener el pago de los montos adeudados al iniciar cargos a mi cuenta en forma de cheques, letras de cambio o débitos electrónicos, y solicito y autorizo a la institución financiera mencionada a continuación a aceptar y pagar estos montos en mi cuenta. Entiendo 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 de salud patrocinado por el empleador. Certifico que las empresas de las personas que solicitan la cobertura no harán ningún aporte a ninguna parte de la prima ni reembolsarán ninguna parte de la prima ni ahora ni en el futuro. También entiendo que tanto la institución financiera como Community Health Choice se reservan el derecho a terminar este programa de pagos o mi participación en este. Para realizar cambios a mi institución financiera, entiendo que tendré que notificar a Community Health Choice por teléfono con al menos 10 días de anticipación antes de la fecha programada de retiro. Entiendo que soy responsable de asegurar que el pago sea procesado exitosamente.

**Complete la siguiente información, puede hacerlo en forma manuscrita o digital.**

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

**Asegúrese de que cuente con los fondos suficientes en el momento de la solicitud. Community Health Choice no se hace responsable de los cargos incurridos debido a fondos insuficientes.**

NOMBRE EN LA TARJETA DE CRÉDITO (TAL CUAL ESTÁ IMPRESO)

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

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO

FECHA DE VENCIMIENTO

CÓDIGO CVV

FIRMA

FECHA DE HOY

Facture todos los cargos a las tarjetas arriba indicadas. 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 es válida hasta que les comunique la cancelación por escrito o verbalmente.

**CHEQUE**

MENSUALMENTE MEDIANTE UN CHEQUE  MONTO DE LA PRIMA DEL PRIMER MES DE \$

CERRADO  Sí  No  
(seleccione todas las opciones que correspondan)

REALICE LOS CHEQUES PAGADEROS Y ENVÍELOS POR CORREO POSTAL A:

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

\*Se debe incluir el número de Id. del suscriptor.

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



Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

N.º de SSN \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE**

Si es diferente del nombre y la dirección del solicitante. Si se ingresa una dirección en esta sección, solo se enviará la facturación a esta dirección. El resto de la correspondencia se enviará a la dirección de la sección A, a menos que se solicite lo contrario.

NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO

DOMICILIO DE FACTURACIÓN: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (N.º DE CASILLAS DE CORREO)

NOMBRE DEL RECEPTOR DE LA FACTURA (SI LA SOLICITA)

**Sección D: Información de otra cobertura****INFORMACIÓN DE OTRA COBERTURA**

¿ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE SOLICITAN COBERTURA TIENE ACTUALMENTE COBERTURA MÉDICA O DE SALUD O MÉDICOS PRINCIPAL CON ALGUNA OTRA ASEGURADORA, YA SEA COMO ASEGURADO PRINCIPAL, CÓNYUGE O DEPENDIENTE?

Sí  No EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

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

**SUSTITUCIÓN DE LA COBERTURA**

¿ESTA COBERTURA SUSTITUIRÁ A CUALQUIER COBERTURA DE SALUD ACTUALMENTE EN VIGOR?

Sí  No EN CASO AFIRMATIVO, LEA LA DECLARACIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN Y COMPLETE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

ENUMERE TODAS LAS COBERTURAS QUE SE SUSTITUIRÁN

ASEGURADO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE FINALIZACIÓN

**AVISO AL SOLICITANTE SOBRE LA SUSTITUCIÓN DE LA COBERTURA DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD**

Si su respuesta fue afirmativa, tiene la intención de cancelar o rescindir la cobertura de accidente y enfermedad actual y sustituirla por un contrato emitido por Community Health Choice. Para su propia información y protección, debe conocer y considerar seriamente determinados factores que pueden afectar a la protección de la cobertura que le ofrece el nuevo contrato.

1. Puede asesorarse con su aseguradora actual o su agente sobre la propuesta de sustitución de su contrato actual. No solo es su derecho, sino que también le conviene asegurarse de que comprende todos los factores relevantes que intervienen en la sustitución de su cobertura actual.
2. Si, tras la debida consideración, sigue queriendo rescindir su contrato actual y sustituirlo por una nueva cobertura, asegúrese de responder en forma veraz y completa a todas las preguntas de esta solicitud relativas a cualquier persona que solicite cobertura. Si no se incluye toda la información importante en una solicitud, la compañía puede rechazar cualquier reclamación futura y devolverle la prima como si su contrato nunca hubiera estado en vigor. Una vez cumplimentada la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla detenidamente para asegurarse de que toda la información se haya consignado correctamente.
3. Se recomienda que no rescinda su contrato actual hasta que esté seguro de que su solicitud para el nuevo contrato haya sido aceptada por Community Health Choice.

## Sección E: Firmas solicitadas

Reconocimientos: El solicitante, según 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 Compañía) la apruebe y la solicitud, si no ha sido aprobada o rechazada previamente, se considerará retirada a los 60 días de su fecha.
2. La cobertura de gastos médicos no estará disponible hasta la fecha de entrada en vigor del contrato de atención médica y el pago, íntegro, de la prima del primer mes.
3. Ningún agente puede aceptar riesgos ni modificar las políticas o los requisitos de la Compañía.
4. La Compañía no está obligada por ninguna declaración no escrita en esta solicitud.
5. Si se incluye a un cónyuge y dependientes para la cobertura de gastos médicos, la prima se calculará en función de la edad de cada persona cubierta, sujeto a la legislación y las normativas aplicables.
6. Entiendo que cualquier acto, práctica u omisión que constituya fraude o tergiversación intencionada de hechos materiales en la solicitud pueden dar lugar a la rescisión de la cobertura. La rescisión se define como la cancelación o la interrupción de la cobertura con efecto retroactivo. Se me proporcionará una notificación por escrito con al menos 30 días de antelación antes de que se pueda rescindir mi cobertura o la de mi dependiente, con efecto retroactivo a la fecha de entrada en vigor de la cobertura. El solicitante abajo firmante reconoce además que cualquier agente está actuando en su nombre a efectos de la adquisición del seguro y que, si la Compañía acepta esta solicitud y emite un plan individual, la Compañía puede pagar al agente una comisión u otra compensación en relación con la emisión de dicho plan individual. El abajo firmante reconoce además 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, deberá ponerse en contacto 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 todas las afirmaciones y respuestas que figuran en esta solicitud son declaraciones. A mi leal saber y entender, son verdaderas y completas. Estas declaraciones constituyen la base de mi solicitud. Entiendo que la cobertura entrará en vigor tras el pago íntegro de la prima del primer mes. El solicitante y el agente abajo firmantes reconocen que el solicitante ha leído la solicitud cumplimentada y que es consciente de que cualquier declaración falsa que afecte al riesgo o cualquier tergiversación en esta pueden dar lugar a la pérdida de la cobertura de la póliza. Esta solicitud formará 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, organismo gubernamental, gestor de beneficios farmacéuticos, farmacia minorista, centro de intercambio de información farmacéutica u otra persona o empresa a revelar a la Compañía o a su representación autorizada información, incluidas copias de registros relativos a la atención o el tratamiento de asesoramiento que se me haya proporcionado a mí y a mis dependientes, incluida y sin limitación, la información relativa a la prescripción y el consumo de medicamentos o alcohol. También autorizo la divulgación de información, según sea necesario, a entidades médicas relacionadas con mi atención.

Entiendo que la información obtenida con mi autorización puede ser divulgada de nuevo por la Compañía, según lo permita o requiera la ley, y dejará de estar protegida por las leyes federales de privacidad.

Esta autorización es válida durante dos años a partir de hoy o hasta que finalice la cobertura. Entiendo que tengo derecho a revocar la autorización en cualquier momento, por escrito, si me comunico con Community Health Choice. Además, entiendo que yo o cualquier representante autorizado recibiremos una copia de esta autorización a petición. Cualquier revocación no afectará las actividades de la Compañía antes de la fecha en que dicha revocación sea recibida por la Compañía.

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

N.º de SSN \_\_\_\_\_

**Firmas:** Acuso recibo de la explicación de cobertura y certifico que:

1. A las primas las pago yo como gasto personal.
2. Mi empleador no hace aportes a ninguna parte de la prima, ni directamente ni 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 de los ingresos brutos en virtud del artículo 106 o del artículo 162 del Código de Rentas Internas. La declaración informativa se facilitará a petición.

La declaración informativa se facilitará a petición.

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

FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL	FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE (SI CORRESPONDE)†	FECHA
FIRMA DEL DEPENDIENTE (SOLO SI TIENE 18 AÑOS O MÁS Y DEBE ESTAR ASEGURADO )	FECHA
FIRMA DEL DEPENDIENTE (SOLO SI TIENE 18 AÑOS O MÁS Y DEBE ESTAR ASEGURADO )	FECHA
FIRMA DEL DEPENDIENTE (SOLO SI TIENE 18 AÑOS O MÁS Y DEBE ESTAR ASEGURADO )	FECHA
SI ESTA AUTORIZACIÓN ESTÁ FIRMADA POR UN REPRESENTANTE PERSONAL EN NOMBRE DE UNA PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES PARA UN HIJO MENOR DE EDAD, COMPLETE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE PERSONAL (EN LETRA DE IMPRENTA)	RELACIÓN:

## Sección F: Información del agente

### CERTIFICACIÓN DEL AGENTE

Certifico que he enviado la solicitud a los solicitantes para que la completen o que he formulado personalmente las preguntas y he registrado las respuestas obtenidas. Asimismo, certifico que no tengo conocimiento de ninguna otra información médica sobre los solicitantes que no figure en esta solicitud y que se ha enviado a los solicitantes material por escrito en el que se explican los beneficios, las exclusiones y las disposiciones del contrato. Certifico que he entregado el resumen de cobertura requerido y, si se ha solicitado, la declaración de divulgación.

LOS PLANES SE DEBEN ENVIAR POR CORREO POSTAL AL  AGENTE  SOLICITANTE

### INFORMACIÓN DEL AGENTE (si corresponde)

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

# Gracias por hacer su solicitud.

Incluya todo el material necesario al presentar esta solicitud.

Si es tutor legal, adjunte una sentencia judicial firmada.

# ASISTENCIA PARA LA COMUNICACIÓN

Community Health Choice, Inc. está obligado por ley federal a proporcionar la siguiente información.



## DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN (MERCADO)

### La discriminación es ilegal

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

### Community Health Choice, Inc:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados en lengua de señas
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no sea el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información por escrito 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 ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

#### **Community Health Choice**

Para la atención del: Departamento de Mejoramiento de Servicios  
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](mailto:ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org)

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Daniel Barzman, director de cumplimiento normativo, está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos;

la Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono en:

#### **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**

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

**Teléfono:** 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

**Los formularios de reclamo están disponibles en** <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

<p><b>Arabic</b> العربية</p> <p>تامدخ نإف ،ةغلل ركذا ثدحتت تنك اذا :عظوحم لصتا .ن اجملاب لكل رفاوتت ةيوغلل اةدعاسملا مقرب 1.855.315.5386.</p>	<p><b>Korean</b></p> <p>주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.855.315.5386번으로 전화해 주십시오</p>
<p><b>Chinese</b></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><b>Lao</b></p> <p>ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 1.855.315.5386.</p>
<p><b>English</b></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><b>Persian</b></p> <p>،دی نک یم وگتفگ یسراف نابز هب رگا :هجوت مهارف امش یارب ناگیار تروصب ینابز تالیست دیریگب سامت 1.855.315.5386 اب .دشاب یم</p>
<p><b>French</b></p> <p>ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez 1.855.315.5386.</p>	<p><b>Russian</b></p> <p>ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.855.315.5386.</p>
<p><b>German</b></p> <p>ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1.855.315.5386.</p>	<p><b>Spanish</b></p> <p>ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.855.315.5386.</p>
<p><b>Gujarati</b></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><b>Tagalog</b></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><b>Hindi</b></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><b>Urdu</b></p> <p>وت ،یہ ے تل وب ودر اپ آرگ :ازادربخ تادم دخ ی ک ودم ی ک ن اب زوک پ آ ی ر ک ل اک - ی ہ ب ای ت س و ی م ت ف م 1.855.315.5386.</p>
<p><b>Japanese</b></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><b>Vietnamese</b></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>