



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

Usted puede elegir un plan de beneficios de salud a elección del consumidor en una organización de mantenimiento de la salud que, ya sea total o parcialmente, no proporcione los beneficios de salud obligatorios según el estado y que normalmente se requieren en las evidencias de cobertura de Texas. Este plan de beneficios de salud estándar puede ser más accesible para usted aunque, al mismo tiempo, puede brindarle menos beneficios que los normalmente incluidos como obligatorios en Texas. Si usted elige este plan con beneficios de salud estándar, consulte con su agente para conocer qué beneficios de salud obligatorios en el estado están excluidos de esta evidencia de 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, 4888 Loop Central Drive, Ste. 600, Houston, Texas 77081		
INSCRIBIRSE POR FAX	(713) 295-7015	INSCRIBIRSE POR CORREO ELECTRÓNICO	MarketPlace@CommunityHealthChoice.org

Si tiene alguna pregunta, llame a su agente 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 11/1/2025 al 12/15/2025.

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 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 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 MÉDICO ANTERIOR DESDE EL DÍA	FECHA
☐ 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 O MIS DEPENDIENTES PERDIMOS LA 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 ☐ TERMINAR/CANCELAR 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 HABLADO PREFERIDO ADEMÁS DEL ESPAÑOL? ☐ S ☐ N SI ES ASÍ, ESPECIFIQUE CUÁL:			
¿TIENE OTRO IDIOMA ESCRITO PREFERIDO 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			CONDADO
DIRECCIÓN POSTAL: CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL SI DIFIERE DEL ANTERIOR			
TELÉFONO PRIMARIO ¿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 (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
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
*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 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
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
*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 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
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
*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 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
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
*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 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 _____

AVISO PARA EL SOLICITANTE CON RESPECTO A LAS COMUNICACIONES ESCRITAS QUE SE ENTREGAN ELECTRÓNICAMENTE

COMUNICACIÓN ESCRITA QUE SE ENTREGA ELECTRÓNICAMENTE	
Si indicó "Sí" en esta sección y proporcionó una dirección de correo electrónico en la Sección A anterior, recibirá todas las comunicaciones, incluso los documentos del plan, electrónicamente al correo electrónico proporcionado. Los documentos del plan también pueden verse e imprimirse en cualquier momento. Puede encontrar todos los documentos en su Cuenta en línea. Para solicitar una copia en papel de una comunicación oral, llame al servicio de atención al cliente al número indicado en su identificación de miembro o inicie sesión en su cuenta en línea. También puede cambiar su método de contacto de preferencia para recibir comunicaciones escritas o proporcionar información de contacto actualizada en cualquier momento al llamar al servicio de atención al cliente al número indicado en su identificación de miembro o al iniciar sesión en su cuenta en línea.	☐ S ☐ N
FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL	FECHA

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 periodo de inscripción definido.

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

Marque con un círculo: Sí / No

SELECCIÓN DEL PLAN	DEDUCIBLE
☐ Community Premier Silver 012 , solo fuera del mercado	\$6,000 individual/\$12,000 familiar
☐ Community Select Silver 019 , solo fuera del mercado	\$7,000 individual/\$14,000 familiar
☐ Community Premier Silver 020 , solo fuera del mercado	\$6,000 individual/\$12,000 familiar

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 LA PRIMA ADEUDADO ☐ OTRO MONTO ☐ RECURRENTES el 15 ☐ FECHA DE REPETICIÓN DEL GIRO el 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 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 LA 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 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

☐ MENSUAL MEDIANTE CHEQUE ☐ PRIMA DEL PRIMER MES
POR UN MONTO DE \$

SE ADJUNTA ☒ ☐

(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 esta solicitud no es aprobada, el depósito de la prima será devuelto al solicitante principal y ni este ni ninguna otra persona que solicite cobertura en virtud de esta solicitud tendrá derecho a beneficios ni a cobertura alguna.

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?		
☐ ☒ 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?			
☐ ☒ 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 "SI" 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 plan de salud 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.

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:

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.		
LOS PLANES DEBEN ENVIARSE POR CORREO A ☐ 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.

Incluya todos los materiales necesarios cuando presente esta solicitud.
Si es el tutor legal, adjunte la sentencia judicial firmada.

ASISTENCIA EN OTROS IDIOMAS

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



DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN (MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS)

La discriminación está prohibida por la ley

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

Community Health Choice

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos en distintos idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Community Health Choice también forma al personal para que sea consciente de las diferencias culturales en los estilos de comunicación, el lenguaje corporal y los procesos de toma de decisiones.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-315-5386 o TDD/TTY 711.

Si considera que Community Health Choice no le ha provisto estos servicios o que ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Community Health Choice

Para la atención de: Service Improvement Department
4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, Texas 77081

Teléfono: 1-855-315-5386 TDD/TTY 711

Fax: (713) 295-7036

Correo electrónico: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

Usted puede presentar una queja en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al 713-295-6704 o envíe un correo electrónico a MemberServices@CommunityHealthChoice.org.

También puede presentar una queja relacionada con derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). La queja puede presentarse por medios electrónicos 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 electrónico o 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)

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

Arabic العربية تامدخ نإف ءغللا ركذا ثدحتت تنك اذا :تظوحلم لصتا ناجملا ب كل رفاوتت قيوغلا ءعاسملا مقرب 1.855.315.5386.
Chinese 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。 請致電 1.855.315.5386
English ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.855.315.5386.
French ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez 1.855.315.5386.
German ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfs-dienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1.855.315.5386.
Gujarati સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1.855.315.5386.
Hindi ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1.855.315.5386 पर कॉल करें।
Japanese 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。

Korean 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.855.315.5386번으로 전화해 주십시오
Lao ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1.855.315.5386.
Persian دینک یم وگتفگ یسراف نابز هب رگا :هجوت مهارف امش یارب ناگیار تروصب ینابز تالیهست دیریگب سامت 1.855.315.5386 اب دشاب یم
Russian ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.855.315.5386.
Spanish ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.855.315.5386.
Tagalog 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.
Urdu وت ،نیه ےتلوب ودر ا پا رگا :رادریخ تامدخ یک دم یک نابز وک پا نیرک لاک ۔ 1.855.315.5386 نیہ بایتسد نیم تغم
Vietnamese 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.