Apéndice A

colorado access choice
Access Connected Care Partners, Inc.

SOLICITUD **INDIVIDUAL** UNIFORME DE COLORADO PARA LOS PRINCIPALES PLANES DE BENEFICIOS MÉDICOS

Este formulario está diseñado para que un individuo solicite cobertura. Comuníquese con su compañía aseguradora si tiene preguntas sobre este formulario.

Es posible que pueda acceder a asistencia financiera federal para la cobertura que se adquiere a través de Connect for Health Colorado. Si adquiere la cobertura a través de Connect for Health Colorado, deberá brindar información adicional a fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera federal. Puede encontrar más información en www.connectforhealthco.com.

INFORMACIÓN DE LA COBERTURA

Tipo de solicitud: (seleccionar todas las opciones que correspondan)	☐ Nueva cobertura ☐ Cambio/modificación de la cobertura actual ☐ Inscripción abierta ☐ Inscripción especial*				
El solicitante adquiere este plan mediante un acuerdo de reembolso (si procede):	☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es afirmativa, qué tipo:	☐ HRA	☐ ICHRA	☐ QSEHRA
Evento calificador para el periodo de inscripción especial: ☐ Pérdida de cobertura ☐ Nacimiento/adopción/colocación en adopción ☐ Matrimonio ☐ Otro: _____ Fecha del evento: _____					
Fecha de entrada en vigencia solicitada:	_____/_____/_____(MM/DD/AAAA)				

*** Se requerirá una prueba de elegibilidad para la inscripción especial; información disponible en el sitio web de la División de Seguros (Division of Insurance, DOI) en:** https://www.colorado.gov/pacific/dora/division-insurance.

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE/ASEGURADO PRIMARIO

Instrucciones: imprima o escriba en letra de imprenta con tinta negra o azul. Complete la solicitud en su totalidad para cada persona por la que se solicita la cobertura. Si una persona está actualmente inscrita en Medicare, esta solicitud no debe completarse para dicha persona. Si se necesitan páginas adicionales para completar la totalidad de esta solicitud, adjunte, firme y feche cada página.

Primer nombre:		Inicial seg. nomb.:		Apellido:	
Nro. de Seguro Social (Social Security Number, SSN)/nro. de id. de contribuyente (Taxpayer Identification Number, TIN)/nro. de id. alternativo (Alternate Identification, ALT ID): (opcional)		Fecha de nacimiento:	/ /	Edad actual:	Sexo: ☐ M ☐ F ☐ X

El SSN solo es necesario para determinar la elegibilidad para el crédito fiscal anticipado para primas federal y la reducción de los costos compartidos. La no cumplimentación de este campo no será motivo para denegar una solicitud de cobertura.

Domicilio físico:				Ciudad:	
Condado:		Estado:		Código postal:	
Domicilio postal (si es diferente, puede ser apartado postal):				Ciudad:	
Condado:		Estado:		Código postal:	
Teléfono particular:		Teléfono alternativo:		Correo electrónico:	

Usted es/está (marcar una opción): ☐ Soltero ☐ Casado ☐ En pareja de hecho ☐ En unión civil ☐ Legalmente separado ☐ Divorciado ☐ Menor de 21 años

¿Es usted o alguien de su familia indígena estadounidense o nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No

Esta pregunta se plantea porque los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska tienen una mayor capacidad para inscribirse en los planes de beneficios de salud.

Cuéntenos sobre su raza. *Esta información es confidencial y solo se utilizará para ayudarnos a mejorar el servicio para todos los habitantes de Colorado. Usamos esta información para garantizar que todos tengan acceso justo a la cobertura. Brindar esta información no afectará la elegibilidad, las opciones de planes o los costos.*

¿Cuál es su raza? (seleccionar todas las opciones que correspondan) *(opcional)*

☐ Indígena estadounidense/nativo de Alaska ☐ Asiático/asiático estadounidense ☐ De color/afroestadounidense ☐ Hispano/latino

☐ De Medio Oriente/Nativo de África del Norte ☐ Nativo de Hawái/originario de una isla del Pacífico ☐ Blanco/europeo

☐ No se enumera u otra: _____ ☐ Prefiero no responder.

OTROS SOLICITANTES

Complete SOLAMENTE si su cónyuge/pareja o hijos menores de 26 años (mayores si tienen una discapacidad médica) solicitan cobertura. Si un hijo dependiente realiza la solicitud como individuo y no como parte de una familia, inclúyalo como solicitante primario. Si no hay espacio suficiente, adjunte información adicional sobre la familia. Firme y feche la hoja adicional. El SSN solo es necesario para determinar la elegibilidad para el crédito fiscal anticipado para primas federal y la reducción de los costos compartidos. La no cumplimentación de ese campo no será motivo para denegar una solicitud de cobertura.

Nombre (primer nombre, inicial del seg. nomb., apellido)	SSN/TIN/nro. de id. ALT:	Sexo	Relación	Discapacidad S/N	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
		☐ M ☐ F ☐ X	CÓNYUGE/PAREJA	☐ Sí ☐ No	
		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Hijo ☐ Dependiente	☐ Sí ☐ No	
		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Hijo ☐ Dependiente	☐ Sí ☐ No	
		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Hijo ☐ Dependiente	☐ Sí ☐ No	
		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Hijo ☐ Dependiente	☐ Sí ☐ No	
		☐ M ☐ F ☐ X	☐ Hijo ☐ Dependiente	☐ Sí ☐ No	

¿Los hijos nombrados dentro de la solicitud viven con usted en el mismo domicilio físico que se muestra arriba? ☐ Sí ☐ No (si es no, completar abajo)

Nombre de los hijos:		Domicilio postal (si es diferente):					
Ciudad:		Condado:		Estado:		Código postal:	
Teléfono particular:		Teléfono alternativo:		Correo electrónico:			

Nombre del tutor legal o padre/madre responsable de pagar el seguro de salud del niño:

Si el solicitante primario es menor de 21 y es diferente del anterior, indique el nombre y el domicilio postal del tutor legal o del padre/madre que tenga la custodia:

Nombre del tutor legal o del padre/madre que tenga la custodia:		Domicilio postal (si es diferente):					
Ciudad:		Condado:		Estado:		Código postal:	
Teléfono particular:		Teléfono alternativo:		Correo electrónico:			

Conteste las siguientes preguntas a su leal saber y entender. Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 45 147.102(a)(1)(iv) "A los efectos de la presente sección, por consumo de tabaco se entenderá el consumo de tabaco en un promedio de cuatro o más veces por semana en un plazo no superior a los últimos seis meses. Esto incluye todos los productos derivados del tabaco, excepto que el consumo de tabaco no incluye el uso religioso o ceremonial del producto. Además, el consumo de tabaco debe definirse en función de cuándo se utilizó por última vez un producto derivado del tabaco". ¿Alguien nombrado en esta solicitud ha usado tabaco o tabaco sin humo durante los últimos seis meses? En caso afirmativo, facilite la información solicitada abajo.

Nombre de la persona	Uso de productos de tabaco	
	☐ Sí	☐ No
	☐ Sí	☐ No
	☐ Sí	☐ No
	☐ Sí	☐ No

INFORMACIÓN DE MEDICARE/MEDICAID		
¿Algún solicitante está inscrito en Medicare?	☐ Sí	☐ No
Nombre de la persona cubierta por Medicare: _____ **Para este solicitante, deténgase aquí; este seguro puede duplicar la cobertura de Medicare actual.**		
¿Algún solicitante está inscrito en Medicaid, CHIP+ u otro programa gubernamental de salud?	☐ Sí	☐ No
Nombre de la persona cubierta por Medicaid u otro programa gubernamental de salud: _____ Para este solicitante, tenga en cuenta que obtener un seguro de salud individual puede afectar qué cobertura es la principal o la elegibilidad del solicitante para el crédito		

COBERTURA MÉDICA ACTUAL

¿Usted, su cónyuge o pareja, o sus hijos dependientes que figuran en esta solicitud tienen actualmente seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

(cobertura dental en la siguiente sección)

Nombre	Nombre de la compañía aseguradora	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura (MM/DD/AA)	Fecha de cancelación de la cobertura (MM/DD/AA)	Tipo de cobertura

Si algún solicitante tiene cobertura médica actual, ¿cancelará la cobertura actual si es aceptado? ☐ Sí ☐ No

Referencia del tipo de cobertura: G = médica principal integral grupal; I = médica principal integral individual; MS = complementaria a Medicare; H = cobertura hospitalaria solamente; V = cobertura oftalmológica solamente; O = otra, explicar: _____

CERTIFICACIÓN DE COBERTURA DE SEGURO DENTAL

No se requiere la certificación de la cobertura del seguro dental al adquirir la cobertura a través de Connect for Health Colorado o para consumidores sin hijos menores de diecinueve (19) años.

La cobertura dental pediátrica es un beneficio esencial de salud requerido. Es posible que el plan que elija no incluya la cobertura dental pediátrica. ¿Tiene cobertura dental pediátrica con otro plan?	☐ Sí ☐ No Nota: Es posible que se le exija que proporcione pruebas de que ha obtenido cobertura antes de que se apruebe esta póliza.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Acepto que he leído todas las secciones de esta solicitud y certifico en nombre de mis familiares dependientes elegibles y en el mío propio que las respuestas contenidas en esta solicitud están completas y son precisas según mi leal saber y entender.

Entiendo que mis respuestas, junto con cualquier suplemento o páginas adicionales, son la base del certificado o la póliza que se emite. Acuerdo que ningún seguro entrará en vigencia hasta la fecha especificada por la compañía aseguradora en el certificado o la póliza.

Entiendo que mi firma constituye una certificación de que he obtenido la cobertura dental pediátrica requerida en una póliza aparte y que se me puede exigir que presente una prueba de esta póliza dental pediátrica antes de que se emita y apruebe la presente póliza. (No se requiere la certificación de la cobertura de seguro dental al adquirir la cobertura a través de Connect for Health Colorado).

Entiendo que cualquier tergiversación intencional en la que se base la compañía aseguradora puede utilizarse para denegar un reclamo. Entiendo, además, que este contrato puede anularse si, dentro de los primeros 24 meses a partir de la fecha de la póliza o el certificado, se determina que un familiar o yo hicimos una tergiversación intencional en esta solicitud.

Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el objetivo de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro e indemnizaciones civiles. Toda compañía aseguradora o agente de una compañía aseguradora que, a sabiendas, proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o reclamante con el objetivo de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o laudo pagadero de los ingresos del seguro será denunciado ante la División de Seguros (Division of Insurance) de Colorado dentro del Departamento de Organismos Reguladores (Department of Regulatory Agencies).

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta solicitud. Acepto que una copia fotográfica de esta solicitud será tan válida como el original. Una firma legible de facsímile tendrá la misma autoridad y eficacia que la original. Este documento o la información contenida en el presente pasará a formar parte del contrato cuando se apruebe y expida la cobertura.

Me gustaría recibir todos los avisos de pólizas, avisos de primas y otros avisos relacionados con esta póliza a través de la dirección de correo electrónico proporcionada anteriormente. ☐ Sí ☐ No

Entiendo que puedo cambiar esta designación en una fecha posterior poniéndome en contacto directamente con mi compañía aseguradora y entiendo que es mi responsabilidad notificar a mi compañía aseguradora cualquier cambio en mi dirección de correo electrónico.

Firma del solicitante primario/padre/madre o tutor legal para planes solo para niños	Fecha de firma:
Complete esta sección si alguien le ayudó a completar esta solicitud.	
La siguiente persona me ayudó a completar la solicitud:	Explique la relación del asistente con usted y su familia:

INFORMACIÓN DEL AGENTE/PRODUCTOR	
Esta sección debe ser completada por el agente o productor.	
Agente/agencia de registro (para comisiones y correspondencia)	Agente/productor subscriptor:
Nombre (en letra de imprenta):	Nombre (en letra de imprenta):
Nro. de id. del agente (NPN):	Nro. de id. del agente (NPN):
Preguntas de reemplazo del agente: ¿Sustituirá esta póliza las pólizas de seguro de accidentes y enfermedad existentes? ☐ Sí ☐ No Como agente/productor subscriptor, acepto que soy responsable de interactuar personalmente con el solicitante primario que presenta esta solicitud para describir de forma completa y precisa los términos y las condiciones de los planes y servicios de la entidad oferente o aseguradora, o de una de sus subsidiarias. Estas disposiciones están disponibles para mí y para el solicitante primario en el documento de resumen de beneficios u otra documentación del plan.	
Firma del agente suscriptor	Fecha

DIVULGACIONES

Este documento es una publicación de la División de Seguros (Division of Insurance) de Colorado. Si tiene preguntas sobre el contenido de este documento, comuníquese con nuestras oficinas al 303-894-7499 o visite nuestro sitio web en http://doi.colorado.gov. Si tiene preguntas sobre la cobertura o la inscripción, consulte a su compañía aseguradora.

Esta sección puede utilizarse para proporcionar información adicional que haya sido requerida en las secciones anteriores y que no haya entrado en el espacio brindado.

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del solicitante primario:_____ Fecha de firma:_____