



SOLICITUD UNIFORME DE PERSONAS DE COLORADO PARA PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD PRINCIPALES

Este formulario debe usarse para la solicitud inicial de cobertura que realice una persona. Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con su aseguradora.

Si se adquiere la cobertura a través de Connect for Health Colorado, se puede obtener una reducción en los costos a nivel federal. Si adquiere la cobertura a través de Connect for Health Colorado, deberá proporcionar información adicional para determinar la elegibilidad para recibir la reducción en los costos a nivel federal. Puede encontrar más información en www.connectforhealthco.com.

INFORMACIÓN DE LA COBERTURA

Tipo de solicitud:	☐ Cobertura nueva ☐ Cambio/Modificación en póliza existente ☐ Inscripción abierta ☐ Inscripción especial*
Fecha de validez solicitada:	____/____/____ (MM/DD/AAAA)

* Para la inscripción especial, se requerirá prueba de elegibilidad; puede encontrar información sobre la elegibilidad para períodos de inscripción especial en www.dora.colorado.gov/DOI/HealthApp

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO/SOLICITANTE PRINCIPAL

Instrucciones: **escriba a máquina o con letra imprenta** con tinta negra o azul. Llene la solicitud completa para cada persona para la que pretende cobertura. Si una persona actualmente está inscrita en Medicare, no se debe completar esta solicitud para esa persona inscrita. Si se necesitan páginas adicionales para completar totalmente esta solicitud, adjunte, firme y feche cada hoja.

Nombre:		Inicial del 2° nombre:		Apellido:	
N.° de seguro social:		Fecha de nacimiento:	/ /	Edad actual:	Sexo: ☐ M ☐ F
Domicilio físico:				Ciudad:	
Condado:		Estado:		Código postal:	
Domicilio postal (si es diferente):				Ciudad:	
Condado:		Estado:		Código postal:	
Teléfono particular:		Teléfono alternativo:		Correo electrónico:	
Es (marque una):	☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ pareja en unión libre* ☐ Unión civil* ☐ Separado(a) legalmente ☐ Divorciado(a) ☐ Menor de 21				
	¿Es usted o alguna persona de su familia indígena americano o nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No				
	* La aseguradora puede requerir una certificación de pareja en unión libre, unión civil o beneficiario(a) designado(a).				
Nombre y domicilio del empleador:				Teléfono del trabajo:	

SOLICITANTES ADICIONALES

Complete **SOLO** si su cónyuge/pareja o hijo(s) menores de 26 años (mayores si tienen una discapacidad médica) solicitan cobertura. Si un(a) hijo(a) dependiente solicita como persona y no como parte de una familia, méncionelo(a) como solicitante principal. Si no se proporciona suficiente espacio, adjunte la información adicional sobre la familia. **Firme y feche la hoja adicional.**

* Se necesitan los números de seguro social (o números de documento en el caso de inmigrantes legales) en el caso de los que solicitan un seguro de salud; se requerirán los números que falten después de la inscripción.

Nombre (nombre, inicial del 2° nombre, apellido)	Sexo	No. de Seguro Social	Parentesco	Discapacitado(a)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Nombre y puesto del empleador:
	☐ M ☐ F		CÓNYUGE/ PAREJA			

Nombre del solicitante principal:

	☐ M ☐ F		☐ HIJO(A) ☐ HIJASTRO(A)	☐ Sí ☐ No		
	☐ M ☐ F		☐ HIJO(A) ☐ HIJASTRO(A)	☐ Sí ☐ No		
	☐ M ☐ F		☐ HIJO(A) ☐ HIJASTRO(A)	☐ Sí ☐ No		

¿El(los) hijo(s) nombrado(s) en la solicitud vive(n) con usted en el mismo domicilio físico que se indica anteriormente? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es no, complete a continuación).

Nombre del(los) hijo(s)		Domicilio postal (si es diferente):	
Ciudad:		Condado:	
Teléfono particular:		Teléfono alternativo:	
		Correo electrónico:	

Nombre del tutor o el padre(la madre) responsable de tener un seguro de salud para el(la) hijo(a):

Si el solicitante principal tiene menos de 21 años de edad y difiere de lo mencionado anteriormente, proporcione el nombre y domicilio postal del tutor o el(la) padre(madre) de la custodia:

Nombre del tutor o el padre(la madre) de la custodia:		Domicilio postal (si es diferente):	
Ciudad:		Condado:	
Teléfono particular:		Teléfono alternativo:	
		Correo electrónico:	

USO DE TABACO

Responda las siguientes preguntas de la mejor manera posible. 45 CFR (Código de Reglamentos Federales) 147.102(a)(1)(iv) "Para fines de esta sección, uso de tabaco hace referencia al uso del tabaco cuatro veces o más por semana, en promedio, dentro de un período que no supere los últimos seis meses. Esto incluye todos los productos de tabaco, salvo el uso de tabaco por motivos religiosos o ceremoniales. Asimismo, el uso de tabaco debe definirse en relación con la última vez que se usó el producto de tabaco".

¿Alguien mencionado en esta solicitud usó tabaco o tabaco para masticar durante los últimos seis meses? Si la respuesta es sí, proporcione la información que se solicita a continuación.

Nombre de la persona	Productos de tabaco utilizados	Si la respuesta es sí, marque todo lo que corresponda.	Duración	Frecuencia
	☐ Sí ☐ No	☐ Cigarrillos ☐ Tabaco para masticar ☐ Pipa/Puros		
	☒ Sí ☐ No	☐ Cigarrillos ☐ Tabaco para masticar ☐ Pipa/Puros		
	☐ Sí ☐ No	☐ Cigarrillos ☐ Tabaco para masticar ☐ Pipa/Puros		
	☐ Sí ☐ No	☐ Cigarrillos ☐ Tabaco para masticar ☐ Pipa/Puros		

INFORMACIÓN DE MEDICARE/MEDICAID

¿Alguno de los solicitantes está inscrito en Medicare? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la persona con cobertura de Medicare: _____. En el caso de este solicitante, deténgase aquí, este seguro puede duplicar la cobertura existente de Medicare.

¿Alguno de los solicitantes está inscrito en Medicaid, CHIP u otro programa gubernamental de salud? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la persona con cobertura de Medicaid u otro programa gubernamental de salud: _____. En el caso de este solicitante, tenga en cuenta que obtener un seguro de salud individual puede afectar el estado de Medicaid de esta persona.

Nombre del solicitante principal:

COBERTURA MÉDICA ACTUAL

¿Usted, su cónyuge/pareja o sus hijos(as) dependientes mencionados en esta solicitud actualmente tienen un seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

(Cobertura dental en la próxima sección)

Nombre	Nombre de la aseguradora	Fecha de inicio de la cobertura: (MM/DD/AA)	Fecha de terminación de la cobertura (MM/DD/AA)	Tipo de cobertura

Si alguno de los solicitantes tiene cobertura de salud actual, ¿ese solicitante cancelará la cobertura actual si es aceptado? ☐ Sí ☐ No

Claves de tipos de cobertura: G = médica, principal, integral, para grupos; I = médica, principal, integral, individual; SM = suplementaria de Medicare; H = cobertura solo de servicios hospitalarios; V = cobertura solo de la vista O = otra, explique: _____

CERTIFICACIÓN DE COBERTURA DE SEGURO DENTAL

(No se requiere certificación de cobertura de seguro dental cuando se adquiere una cobertura a través de Connect for Health Colorado).

La cobertura dental pediátrica es un beneficio de salud esencial y necesaria. El plan que seleccione puede no incluir cobertura dental pediátrica. ¿Tiene cobertura dental pediátrica de otro plan?

☐ Sí
☐ No

Nota: Antes de aprobarse esta póliza, posiblemente se le solicite que proporcione pruebas de que ha obtenido cobertura.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Reconozco que he leído todas las secciones de esta Solicitud y certifico en nombre de los dependientes elegibles de mi familia y en mi nombre que las respuestas contenidas en esta Solicitud son completas y precisas según mi leal saber y entender.

Comprendo que mis respuestas, junto con cualquier página complementaria o adicional, son la base del certificado o la póliza que se emite. Acepto que ningún seguro será válido antes de la fecha especificada por la aseguradora en el certificado o la póliza.

Comprendo que mi firma constituye una ratificación de que he obtenido la cobertura dental pediátrica necesaria de una póliza aparte y que se me puede solicitar que proporcione pruebas de esta póliza dental pediátrica antes de emitirse y aprobarse esta póliza. (No se requiere certificación de cobertura de seguro dental cuando se adquiere una cobertura a través de Connect for Health Colorado).

Comprendo que cualquier declaración falsa intencional sobre la que se base la aseguradora puede utilizarse para rechazar una reclamación. Comprendo, además, que este contrato puede quedar sin efecto si dentro de los primeros 24 meses posteriores a la fecha de la póliza o el certificado, se determina que yo o un integrante de la familia declaramos intencionalmente información falsa en la solicitud.

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una aseguradora con el fin de estafar o intentar estafar a la aseguradora. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, rechazo del seguro e indemnización por daños en un fuero civil. Cualquier aseguradora o agente de una aseguradora que a sabiendas proporcione datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o demandante con el fin de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o demandante respecto de un acuerdo o indemnización pagadera de lo recaudado por el seguro deberá informarse a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Comprendo que puedo solicitar una copia de esta Solicitud. Acepto que una copia fotográfica de esta Solicitud será tan válida como la original. La firma de una reproducción legible será tan legítima y válida como la de la original. Este documento, o la información contenida en él, se incorporará al contrato cuando se apruebe y se emita la cobertura.

Nombre del solicitante principal:

Deseo recibir todos los avisos sobre la póliza, sobre las cuotas y otros relacionados con esta póliza a través de la dirección de correo electrónico proporcionada anteriormente. ☐ Sí ☐ No

Comprendo que puedo cambiar esta elección más adelante si me comunico directamente con mi aseguradora y comprendo que es mi responsabilidad notificar a mi aseguradora si cambio mi dirección de correo electrónico.

Firma del solicitante principal/padre(madre) o tutor para los planes solo para hijo(a)	Fecha de la firma:
Complete esta sección si alguien lo 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/ENCARGADO

Esta sección debe completarla el agente o encargado.

Agente/Agencia designada: (para encargos y correspondencia)	Encargado/Agente que tomó la solicitud:
Nombre (en letra imprenta):	Nombre (en letra imprenta):
N.º de identificación del agente (NPR):	N.º de identificación del agente (NPR):
Preguntas sobre reemplazo para el agente: ¿Esta póliza reemplazará alguna póliza existente de seguro por accidente o enfermedad? ☐ Sí ☐ No	
Como el encargado/agente que tomó la solicitud, reconozco que soy responsable de interactuar personalmente con el solicitante principal que presenta esta solicitud a fin de describir completamente y con exactitud los términos y condiciones de los planes y servicios de la entidad aseguradora o que realiza el ofrecimiento, o una de sus subsidiarias. Yo o el solicitante principal tenemos acceso a estas disposiciones que se incluyen en el documento resumido de beneficios u otra documentación del plan.	
Firma del agente que tomó la solicitud	Fecha

DIVULGACIONES

Este documento es una publicación de la División de Seguros de Colorado. Si tiene alguna duda acerca del contenido de este documento, llame a nuestras oficinas al 303-894-7499 o visite nuestro sitio web en <http://www.dora.colorado.gov/insurance>. En caso de tener preguntas sobre la cobertura o la inscripción, consulte con su aseguradora.

Se puede usar esta sección para brindar información adicional que se solicitó en las secciones anteriores y no entró en el espacio proporcionado.

Nombre del solicitante principal:

Firma del solicitante principal: _____

Fecha de la firma: _____

MUESTRA - NO UTILICE