



Cobertura médica suscrita por Memorial Hermann Health Plan, Inc.

Encontrará adjunto su Kit de Solicitud Individual

Gracias por realizar una solicitud a través de Memorial Hermann Health Plan, Inc. ("MHHP").

Tenga en cuenta que:

- **Los consumidores de tabaco pagan una prima adicional. Las inexactitudes sobre el consumo de tabaco en el formulario de solicitud de inscripción no serán utilizadas para anular, cancelar o no renovar esta cobertura. MHHP puede aumentar la prima para este plan hasta el nivel adecuado si determina que usted ha realizado una declaración inexacta sobre el consumo de tabaco en esta solicitud.** Para las solicitudes familiares, si algún miembro de la familia que será beneficiario del seguro fuma o consume tabaco ("persona(s) calificada(s)"), se aplicará una prima adicional a la(s) persona(s) calificada(s).
- **No se garantiza la cobertura hasta que no sea aprobada por escrito por MHHP. No cancele su cobertura de seguro actual hasta que no reciba una notificación de aprobación por parte de MHHP y hasta que su cobertura de MHHP entre en vigor.**

Instrucciones

No complete esta solicitud hasta que no haya leído este folleto del producto.

Siga las instrucciones a continuación para poder proceder de manera correcta con su solicitud.

- Para su propia seguridad, **usted, el solicitante**, debe completar esta solicitud. Usted es el único responsable de su exactitud y exhaustividad.
- Toda la información debe indicarse con exactitud.
- Todas las preguntas deben contestarse en su totalidad o se le retornará la solicitud, lo que provocará un retraso en su tramitación.
- Para obtener más información o aclaraciones puede adjuntar hojas adicionales si fuera necesario. **Todos los archivos adjuntos deben firmarse y fecharse.**

- Escriba en mayúsculas utilizando tinta azul o negra (no utilice corrector líquido).
- MHHP Medical Underwriting debe recibir esta solicitud dentro de un periodo de treinta (30) días a partir de la fecha de la firma.
- Los MHHP Elect Plans están disponibles únicamente en las áreas donde exista el MHHP Select Network. Consulte los Directorios de Proveedores para obtener más detalles.
- Aunque se apruebe esta solicitud, cualquier inexactitud intencionada u omisión puede resultar en la denegación de futuras reclamaciones y en la rescisión del plan.
- Su seguro entrará en vigor únicamente si se aprueba esta solicitud, se recibe la prima correspondiente y si se cumplen otros requisitos específicos. **(Consulte más detalles en la Sección H – Términos, Condiciones y Autorizaciones Importantes).**
- Retorne esta solicitud y el método de pago elegido a su agente o envíelos a la dirección indicada en la sección Dirección Postal.
- **Si realiza cambios mientras completa este formulario o tacha algo que haya escrito, asegúrese de indicar los cambios pertinentes.**
- Si es necesario realizar alguna corrección o el formulario está incompleto, puede que se le retorne la solicitud o que nos pongamos en contacto con usted para conseguir la información necesaria. En tal caso, registraremos su información en un formulario que irá adjunto a su solicitud.
- La fecha de entrada en vigor de la cobertura se determinará según lo establecido por las leyes federales, teniendo en cuenta la fecha de recepción de su solicitud firmada.

Instrucciones (continuación)

Causas más frecuentes de retrasos en la suscripción

- Falta de información o información incompleta o inexacta, como por ejemplo:
 - Número del Seguro Social del cónyuge o de la pareja de hecho
 - Número del Seguro Social del dependiente
 - Fecha de nacimiento
 - Dirección del médico, número telefónico y número de fax
- La información que sea ilegible o esté incompleta, como por ejemplo, indicar la dirección postal sin la ciudad, el estado y el código postal.
- Las solicitudes no firmadas y fechadas por el solicitante, cónyuge, pareja de hecho, y/o todos los dependientes mayores de 18 años (si corresponde).
- La sección del agente de la solicitud incompleta o no firmada o fechada el mismo día o después de la fecha de la firma del solicitante (si corresponde).
- La documentación adicional o la información requerida.

Dirección de envío

- **Solicitante:** Retorne esta solicitud a su agente (si corresponde) o envíela por correo electrónico a insidesales@memorialhermann.org o por correo postal a

Memorial Hermann Health Plan, Inc.

A la atención de: Inside Sales

929 Gessner, Suite 1500

Houston, TX 77024

- **Agente:** Envíe esta solicitud por correo electrónico a:

insidesales@memorialhermann.org

Cobertura médica suscrita por Memorial Hermann Health Plan, Inc.

Solicitud Individual Texas

Usted tiene la opción de elegir este plan de atención médica de la Organización para el Mantenimiento de la Salud con Elección de Beneficios para el Consumidor que, en parte o en su totalidad, no proporciona beneficios médicos que normalmente exige el estado de Texas en evidencias de cobertura. Este plan de beneficios médicos estándar podrá proporcionarle un plan médico más económico aunque, al mismo tiempo, le proporcionará menos beneficios del plan médico que los que normalmente se exigen en el estado de Texas. Si elige este plan de beneficios médicos estándar, consulte con su agente del seguro para averiguar cuáles son los beneficios médicos exigidos por el estado que han quedado excluidos en esta evidencia de cobertura.

Escriba únicamente con tinta azul o negra.

Sección A - Información sobre la cobertura			
Tipo de solicitud:			
<input type="checkbox"/> Cobertura nueva	<input type="checkbox"/> Añadir dependiente(s)	<input type="checkbox"/> Cambiar cobertura	<input type="checkbox"/> Solo niños (Complete la sección J)
N.º de póliza _____	N.º de póliza _____		
¿El solicitante ha tenido cobertura médica durante al menos 2 meses antes de la Fecha de entrada en vigor solicitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de entrada en vigor: La fecha de entrada en vigor será aquella que determinen las leyes federales como inicio de la cobertura, que dependerá de la fecha de su solicitud y de los motivos por los que la solicita. Si desea solicitar una fecha de entrada en vigor posterior, indique el mes y el año en los que quiere que empiece la cobertura.			
Escoja el mes y el año en los que le gustaría que empezara su cobertura: _____ MM/01/AA			
Sección B - Información sobre el solicitante			
Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número del Seguro Social*
Dirección del domicilio (Dirección de residencia requerida; no será válido el apartado de correos)			
Ciudad	Estado	Código postal	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja de hecho/unión de hecho	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Edad	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) / /
Número telefónico diurno ()	Número telefónico nocturno ()	Si es posible, ¿desea recibir notificaciones por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección de correo electrónico*:	
Dirección postal (si es diferente a la anterior) (Apartado de correos o n.º de buzón personal)			
Encargado/a del cuidado de (si corresponde)			
Ciudad	Estado	Código postal	Número de fax ()
Lengua materna	¿Discapacidad que afecte la capacidad de comunicarse o de leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

* Esta información únicamente se utiliza para fines internos o es requerida como información reglamentaria.

**Sección C – Información sobre el cónyuge o pareja de hecho que será cubierto (todos los campos son obligatorios.)
Si el familiar añadido es la pareja de hecho, le rogamos adjunte la declaración jurada.**

Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	Relación con el cónyuge/Pareja de hecho
Número del Seguro Social*	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Edad	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) / /
Lengua materna	¿Discapacidad que afecte la capacidad de comunicarse o de leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**Sección D – Información sobre los hijos dependientes que serán cubiertos (todos los campos son obligatorios.)
Adjunte una hoja aparte si es necesario).**

La información sobre los dependientes debe ser completa para todos los hijos dependientes que serán cubiertos por esta cobertura. (Enumere todos los hijos dependientes empezando por el más joven).

Nombre, inicial del segundo nombre (apellido en caso de que no fuera el mismo)	Número del Seguro Social*	Lengua materna	¿Discapacidad que afecte la capacidad de comunicarse o de leer?	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		/ /
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		/ /
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		/ /
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		/ /
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		/ /

* Esta información únicamente se utiliza para fines internos o es requerida como información reglamentaria. Según corresponda, el solicitante puede seleccionar un obstetra o ginecólogo tal y como se establece en Capítulo 1451, Subcapítulo F del Código de Seguros de Texas. El Inscrito puede indicar su selección aquí:

El solicitante no está obligado a seleccionar un obstetra o ginecólogo, pero, en cambio, puede recibir servicios de obstetricia o ginecología de su médico de atención primaria o de su proveedor de atención primaria.

Sección E – Selección de la cobertura médica

Plan sin deducible

[Elect Gold 001 HMO]

Elección de cobertura individual de MHHP (elija solo un plan)

Elect Gold 1000 HMO Elect Silver 4500 HMO Elect Bronze 6550 HSA HMO

Elect Gold 2500 HMO Elect Bronze 6850 HMO

Sección F - Opciones de pago

1. PRIMA INICIAL

El importe de la prima puede cambiar durante el proceso de suscripción como resultado de un cambio a un nivel de valoración superior del solicitante, lo que provocará que los importes iniciales y corrientes del pago de las primas estén en la valoración de prima más alta. Si se le aprueba la cobertura, se le requerirá el pago de la prima inicial antes de que empiece su cobertura. MHHP le notificará de la prima correspondiente.

- Cheque adjunto (si paga mediante cheque, haga que el cheque sea pagadero a Memorial Hermann Health Plan, Inc.)
- Tarjeta de crédito (complete la Sección 2C) No se aceptan cheques comerciales.

Pago:

Nombre que figura en la cuenta corriente (EN MAYÚSCULAS)	Número de ruta bancaria	Número de cuenta corriente	Importe total: \$	N.º de cheque
---	-------------------------	----------------------------	----------------------	---------------

2. MÉTODO

A. En el domicilio - Las facturas mensuales se enviarán a su dirección postal salvo que indique una dirección postal diferente a continuación.

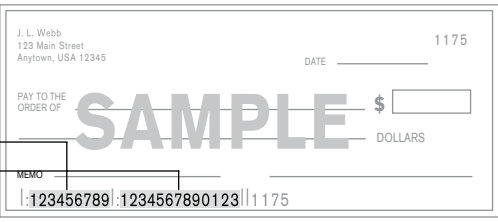
Nombre	Dirección (calle y apartado de correos si corresponde)	Ciudad	Estado	Código postal
--------	--	--------	--------	---------------

B. Pago por domiciliación bancaria (retirada automática de la prima mensual) - Proporcionando la información de su cuenta, nos autoriza a realizar un cargo electrónico en su cuenta bancaria. Los importes de sus primas posteriores se retirarán de su cuenta corriente el primer día de cada mes o a principios de mes.

Autorizo a MHHP a iniciar la domiciliación de los recibos relativos a las primas en la cuenta bancaria y a la entidad financiera designada a cargarlo en la misma cuenta. Entiendo que esta autorización será vigente hasta que notifique a MHHP por escrito que ya no deseo utilizar este servicio, dejándoles un margen de tiempo razonable para poder actuar tras mi notificación. Entiendo que MHHP y mi entidad financiera tienen el derecho de interrumpir los cargos en mi cuenta si así lo desean.

Nombre del titular de la cuenta (en mayúsculas)	Firma del titular de la cuenta (en caso de no ser el solicitante)
X	X

Nombre que figura en la cuenta corriente (EN MAYÚSCULAS)	
Número de ruta bancaria	Número de cuenta corriente
Número de ruta bancaria	Número de cuenta bancaria



C. Si paga con tarjeta de crédito

Cargar en mi tarjeta de crédito elija una opción:

- el primer pago
- el primer pago y los pagos posteriores

Si el solicitante está utilizando la tarjeta de crédito de otro titular, este debe tener la autorización del titular para utilizar dicha tarjeta y hacerse responsable de todos los cargos devengados.

Al firmar este formulario, el solicitante asume y garantiza que si no puede realizarse dicho cargo, se responsabilizará de forma total del pago

Información de la tarjeta de crédito –
Nombre del titular de la tarjeta (tal y como figura en la tarjeta de crédito):

Código postal de facturación:

Tipo de tarjeta de crédito: VISA MasterCard Otra

Fecha de vencimiento (MM/AA):

Número de la tarjeta de crédito:

Autorización: Autorizo a MHHP a realizar cargos en esta tarjeta de crédito

Importe en dólares de los pagos de primas indicado.

Firma del solicitante:
X _____

Sección G - Consumo de tabaco

1. ¿Durante los últimos seis meses alguna de las personas que solicita cobertura mediante esta solicitud ha consumido tabaco de forma habitual (cuatro veces o más a la semana de media, sin tener en cuenta usos ceremoniales o religiosos)? Sí No

2. Si la respuesta es sí, indique cuáles son las personas que habitualmente consumen tabaco.

Sección H - Términos, Condiciones y Autorizaciones Importantes (TÉRMINOS)

Todos los solicitantes que tengan 18 años o más deben leer, aceptar y firmar lo siguiente. Si un solicitante no puede leer en inglés, el traductor deberá firmar y enviar la Declaración de responsabilidad, en la Sección J, por la traducción de la solicitud completa.

Fecha de entrada en vigor

Si actualmente tiene cobertura médica, le recomendamos que mantenga su cobertura actual y que nos permita asignarle su fecha de entrada en vigor TRAS LA APROBACIÓN.

X _____
Iniciales del solicitante Fecha

Fecha de facturación

Las primas de MHHP se cargan el primer día de cada mes.

Acuerdo (Todos los solicitantes)

Yo, el firmante, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Acepto que no tendré cobertura bajo esta solicitud hasta que MHHP me notifique por escrito que mi solicitud ha sido aprobada.
2. MENORES: Afirmo que he realizado las investigaciones necesarias para asegurarme de la veracidad y de la exactitud de todas las declaraciones efectuadas en esta solicitud respecto a los menores de edad.

3. REFERENTE A DEPENDIENTES DE 18 AÑOS O MÁS

Afirmo que todos los dependientes a mi cargo de 18 años o más (1) han leído esta solicitud y han proporcionado la información completa y exacta necesaria para completarla, y (2) que he analizado todas las disposiciones de esta solicitud y confirmo que toda la información de esta solicitud es completa y exacta.

4. Esta solicitud formará parte del acuerdo que establezco con MHHP.

5. Certifico que mi empleador no contribuirá, directa o indirectamente a los pagos de ninguna prima de esta póliza, ni a través de un acuerdo de reembolso (Health Reimbursement Arrangement, HRA) o a través del Plan 125 Código de Rentas Internas (Plan de cafetería).

6. Mi agente MHHP podrá recibir copias de cualquier correspondencia sobre mi historial médico cuando así se requiera.

Si autoriza que MHHP proporcione copias de cualquier correspondencia sobre su historial médico a su agente durante el proceso de solicitud, marque esta casilla.

Al marcar esta casilla, acepta que escribiendo su nombre está firmando este acuerdo de forma electrónica y acepta sus términos y condiciones. También acepta que su firma electrónica es el equivalente legal a su firma manuscrita en este acuerdo.

FIRME AQUÍ	Firma del solicitante*	Fecha
	X	
	Firma del cónyuge o pareja de hecho (si necesitan cobertura)	Fecha
	X	
Firma del dependiente de 18 años o más (si necesita cobertura)	Fecha	
X		
Firma del dependiente de 18 años o más (si necesita cobertura)	Fecha	
X		

* (o del progenitor con la custodia o tutor legal si el solicitante es menor de 18 años)

Sección I – Certificación del agente			
<p>Esta sección debe ser completada por el agente MHHP que se le haya asignado</p> <p>¿Tiene conocimiento de algún detalle que pueda suponer un posible riesgo que no haya expuesto en esta solicitud acerca de la persona que aparece en la misma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Vio al solicitante (y al cónyuge o a la pareja de hecho, en caso de que solicitaran cobertura) en el momento en el que se efectuó la solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es no, explique: _____</p> <p>Con su firma a continuación, verifica que esta solicitud fue completada por el solicitante, salvo si se completó la declaración de responsabilidades (Sección L).</p>			
Firma del agente X			Fecha
Nombre del agente (en mayúsculas)		Correo electrónico del agente	
N.º del agente	N.º de la agencia	Número telefónico del agente	Número de fax del agente

Si un representante legal firma en nombre del solicitante o del cónyuge/pareja de hecho, debe adjuntarse una copia de la autorización del representante legal a la solicitud.

Sección J – Declaración de responsabilidad Debe ser completada en caso de que el solicitante no pueda completar la solicitud.	
<p>Yo, _____, he leído y completado esta Solicitud Individual para el solicitante que se nombra a continuación:</p> <p><input type="checkbox"/> El solicitante no sabe leer en inglés <input type="checkbox"/> El solicitante no sabe escribir en inglés</p> <p><input type="checkbox"/> El solicitante no sabe hablar en inglés <input type="checkbox"/> El solicitante es un niño</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (explicación): _____</p> <p>He traducido el contenido de este formulario y, a mi leal saber y entender, he recogido y enumerado toda la información personal y el historial médico expuesto por: _____</p> <p>También he traducido y he explicado con todo detalle los “Términos, Condiciones y Autorizaciones Importantes (TÉRMINOS) (Sección H).”</p>	
Firma del traductor o del tutor legal (si el solicitante es un menor X	Fecha de hoy (obligatoria)

Recibo condicional – Debe ser completado por el agente y entregado al solicitante.

<p>Recibido de _____</p> <p>\$ _____ como tarifa de solicitud no reembolsable, pagadera a MHHP.</p> <p>\$ _____ como prima pagadera a MHHP.</p> <p>Con fecha del _____ de _____, 20_____.</p> <p>El agente certifica la recepción de los importes y la entrega del recibo condicional.</p>	
Firma del agente X	ID del agente Número

Notificación de prácticas sobre la información

Si usted solicita o está cubierto por un plan de atención médica de MHHP, MHHP podrá recopilar información personal sobre usted con el fin de poder evaluar su solicitud o para gestionar sus beneficios. Habitualmente, esta información se limita a datos sobre la condición de su salud. MHHP también podrá proporcionar información a un proveedor de atención médica para verificar sus beneficios. Si así lo solicita MHHP proporcionará detalles sobre el carácter de la información personal que puede ser recopilada, las circunstancias bajo las que esta se divulga sin autorización y su derecho a acceder a la misma y corregirla si considera que es inexacta. MHHP puede facilitarle información sobre su historial médico directamente a usted o a través del profesional sanitario que usted elija.

A partir de la fecha de entrada en vigor que se indica en la primera página de esta Solicitud, MHHP acepta por la presente ofrecer cobertura al Solicitante que se menciona arriba, de conformidad con los términos y condiciones de la Póliza Individual adjunta. Esta es la página de firma para la Póliza Individual.

Nombre del agente de la empresa, Título