



Cobertura médica suscrita por Memorial Hermann Health Insurance Company

Encontrará adjunto su Kit de Solicitud Individual

Gracias por realizar una solicitud a través de Memorial Hermann Health Insurance Company (“MHHIC”).

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. MHHIC 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 MHHIC. No cancele su cobertura de seguro actual hasta que no reciba una notificación de aprobación por parte de MHHIC y hasta que su cobertura de MHHIC 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).
- MHHIC Medical Underwriting debe recibir esta solicitud dentro de un periodo de treinta (30) días a partir de la fecha de la firma.
- Los MHHIC Elect Plans están disponibles únicamente en las áreas donde exista el MHHIC 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 Insurance Company
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 Insurance Company

Solicitud Individual Texas

Escriba únicamente con tinta azul o negra.

Sección A - Información sobre la cobertura

Tipo de solicitud:

Cobertura nueva Añadir dependiente(s) Cambiar cobertura 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? Sí 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.) MMHIC puede requerir pruebas de la existencia de la pareja de hecho para asegurarse del cumplimiento de los criterios de elegibilidad.

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.

Sección E - Selección de la cobertura médica

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

Elect Silver 4500 PPO
 Elect Silver 2850 HSA PPO

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. MHHIC le notificará de la prima correspondiente.

- Cheque adjunto (si paga mediante cheque, haga que el cheque sea pagadero a Memorial Hermann Health Insurance Company)
- 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 MHHIC 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 MHHIC por escrito que ya no deseo utilizar este servicio, dejándoles un margen de tiempo razonable para poder actuar tras mi notificación. Entiendo que MHHIC 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

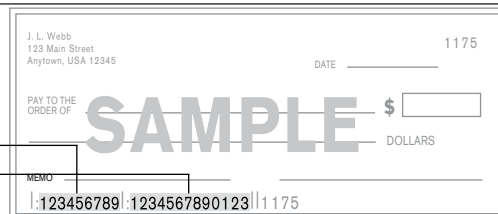
Nombre que figura en la cuenta corriente (EN MAYÚSCULAS)

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.

Información de la tarjeta de crédito –

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

Tipo de tarjeta de crédito: VISA MasterCard Otra

Número de la tarjeta de crédito:

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

Firma del solicitante:

X _____

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

Código postal de facturación:

Fecha de vencimiento (MM/AA)

Importe en dólares de los pagos de primas indicado.

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 MHHIC 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 MHHIC 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 MHHIC.

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 MHHIC podrá recibir copias de cualquier correspondencia sobre mi historial médico cuando así se requiera.

Si autoriza que MHHIC 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

Esta sección debe ser completada por el agente MHHIC que se le haya asignado

¿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? Sí No
 ¿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? Sí No
 Si la respuesta es no, explique: _____
 Con su firma a continuación, verifica que esta solicitud fue completada por el solicitante, salvo si se completó la declaración de responsabilidades (Sección L).

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.

Yo, _____, he leído y completado esta Solicitud Individual para el solicitante que se nombra a continuación:
 El solicitante no sabe leer en inglés El solicitante no sabe escribir en inglés
 El solicitante no sabe hablar en inglés El solicitante es un niño
 Otros (explicación): _____
 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: _____
 También he traducido y he explicado con todo detalle los “Términos, Condiciones y Autorizaciones Importantes (TÉRMINOS) (Sección H).”

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.

Recibido de _____ \$ _____ como tarifa de solicitud no reembolsable, pagadera a MHHIC. \$ _____ como prima pagadera a MHHIC. Con fecha del _____ de _____, 20_____. El agente certifica la recepción de los importes y la entrega del recibo condicional.	
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 MHHIC, MHHIC 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. MHHIC también podrá proporcionar información a un proveedor de atención médica para verificar sus beneficios. Si así lo solicita MHHIC 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. MHHIC 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, MHHIC 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