

SOLICITUD DE COBERTURA INDIVIDUAL



528 E. Spokane Falls Blvd.
Suite 301
Spokane, Washington 99202

ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO A:

PO Box 1107
1602 21st Ave. MS LC1NW
Lewiston, ID 83501

Todas las respuestas deben ser precisas y estar completas. Las omisiones o respuestas incompletas tendrán como resultado la devolución de su solicitud y pueden ocasionar retrasos. En la mayoría de los casos, las solicitudes válidas que reciba la oficina antes de las 5:00 p.m. del último día hábil del mes serán elegibles para que su fecha de vigencia sea el primer día del siguiente mes.

SECCIÓN 1. TIPO DE SOLICITUD (Marque todas las opciones que correspondan)

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nueva solicitud | <input type="checkbox"/> Transferencia de la cobertura de grupo de Asuris Northwest Health o COBRA |
| <input type="checkbox"/> Cambio del tipo de cobertura | <input type="checkbox"/> Agregado de dependientes. |
| <input type="checkbox"/> Transferencia de otra compañía aseguradora | (Los dependientes se pueden agregar únicamente a su opción actual de plan/deducible, pase a sección 3.) |

SECCIÓN 2. TIPO DE NUEVA COBERTURA (SELECCIONE ÚNICAMENTE UN PLAN).

| PLANES PREFERIDOS — Opciones de deducibles: | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Catastrophic* | | Comprehensive | HSA Catastrophic* | HSA Comprehensive |
| Asuris ClaritySM 50 | Asuris Core PlanSM | Asuris ClaritySM 70 | Asuris HSA Healthplan | Asuris HSA Healthplan Comprehensive |
| <input type="checkbox"/> \$2,500 <input type="checkbox"/> \$5,000 | <input type="checkbox"/> \$2,500 <input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$7,500 <input type="checkbox"/> \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$3,000 | <input type="checkbox"/> \$2,500 miembro/ \$5,000 familia <input type="checkbox"/> \$3,500 miembro/ \$7,000 familia | <input type="checkbox"/> \$1,500 miembro/ \$3,000 familia |

*Es posible que la inscripción en un plan de salud catastrófico no le proporcione portabilidad si más adelante decide inscribirse en otro plan de salud individual. "Portabilidad" significa que usted recibirá crédito para el período de espera para afecciones preexistentes, con base en su cobertura anterior. Al inscribirse en un plan catastrófico, podría perder sus derechos de portabilidad y si más adelante se cambia a otro plan de salud individual, tendría que cumplir con el período de espera de nueve meses por afecciones preexistentes.

SECCIÓN 3. TIPO DE PAGO (Seleccione una de las siguientes opciones de pago).

Mensualmente Trimestralmente Semestralmente Anualmente Retiro automático del banco Llene el Acuerdo del miembro para el Pago de factura autorizado previamente (sólo mensualmente).

SECCIÓN 4. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO Para ser elegible para nuestros planes individuales, debe vivir en nuestra área de servicio por lo menos 30 días antes de presentar su solicitud y continuar viviendo en nuestra área de servicio durante seis meses del año. Los dependientes elegibles incluyen su cónyuge y sus hijos menores de 25 años. Podría ser necesario que presente una constancia de residencia dentro del área de servicio de Asuris Northwest Health. (Consulte la lista de verificación de la solicitud en la página 4 para enterarse sobre los comprobantes aceptables). Enumere al miembro, al cónyuge y a los hijos dependientes elegibles para quienes solicita la cobertura. Proporcione su número de Seguro Social y el de todos sus dependientes mayores de un año de edad. **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE.** (Las personas que son elegibles para la cobertura de Medicare no son elegibles para la cobertura de contratos individuales).

| Nombre | | | Número de Seguro Social | Sexo | Fecha de nacimiento | Relación con el miembro |
|--------------------------------------|------------------------|----------|-------------------------|--------|---------------------|--|
| Primer nombre | Inicial segundo nombre | Apellido | | | | |
| | | | | | | MIEMBRO |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Dirección | | | Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
| Dirección postal | | | Ciudad | Estado | Código postal | Número de teléfono de casa |
| Dirección de cobro (si es diferente) | | | Ciudad | Estado | Código postal | Dirección de correo electrónico (opcional) |

Nombre y número de reclamo del seguro médico de cualquier persona enumerada en este formulario que está cubierta por Medicare.

USO EXCLUSIVO DE ASURIS NORTHWEST HEALTH

| Fecha en que se completó sustancialmente la solicitud | COB | Fecha de vigencia | Número de paquete | Número de productor |
|---|-----|-------------------|-------------------|---------------------|
| | | | | |

SECCIÓN 5. EXCEPCIONES DEL CUESTIONARIO ESTÁNDAR DE SALUD

Lea la explicación completa de las excepciones enumeradas en el Cuestionario estándar de salud (SHQ). Pueden aplicar condiciones y requisitos adicionales.

Los nombres de las personas no requeridas al llenar el Cuestionario estándar de salud son: _____

¿Concuerdan sus circunstancias con cualquiera de las excepciones descritas en el SHQ? Si es así, llene esta sección.

Razón de la excepción (marque una):

- Reubicación:** Cambió su residencia de una parte del Estado de Washington a otra parte, en donde no se ofrece su actual plan de salud y está presentando su solicitud dentro de los 90 días después del cambio. *Incluya la copia de una factura de servicios a su nombre, con la dirección anterior con fecha de los últimos 90 días y una carta de constancia de su compañía de seguros anterior, que haga constar que debido a que se mudó, ya no reside en su área de servicio y no le pueden proporcionar seguro médico en su nueva ubicación.*
- Cancelación del proveedor:** El proveedor de salud de quien ha recibido servicios durante los últimos 12 meses dejó de pertenecer a la red de servicios de su plan de salud actual y está presentando su solicitud dentro de los 90 días después de que su proveedor abandonó la red de servicios de su actual plan de salud. Este proveedor debe estar dentro de la red de proveedores de Asuris Northwest Health. *Incluya una carta de constancia del proveedor o compañía de seguros confirmando los servicios prestados durante los últimos 12 meses, que incluya la fecha en que el proveedor abandonó la red de servicios.*
- Agotamiento de COBRA:** Esta presentando su solicitud dentro de los 90 días después de agotar su cobertura de COBRA o de haber perdido la cobertura debido a que su empleador quebró o discontinuó el plan de salud mientras usted estaba en COBRA. *Incluya una carta del Administrador de COBRA que haga constar que se agotaron sus beneficios de COBRA. Incluya una carta de constancia de su empleador o compañía de seguros confirmando que su empleador quebró o discontinuó el plan de salud mientras usted estaba en COBRA.*
- El plan del empleador no está sujeto a COBRA:** Perdió o está perdiendo la cobertura del plan del empleador que no estaba sujeto a la cobertura de COBRA y está presentando su solicitud dentro de los 90 días después de un evento que le califica para COBRA. Si su empleador no estaba exento de COBRA y tenía por lo menos 24 meses de cobertura colectiva continua, antes de la pérdida. *Incluya una carta de constancia del empleador respecto a la exención de COBRA del empleador y la razón de la pérdida de cobertura de su empleador y un certificado de cobertura como prueba de la cobertura colectiva continua durante 24 meses.*
- Cancelación de COBRA:** Usted está cancelando su cobertura de COBRA y antes de la cancelación tuvo cobertura colectiva continua durante al menos 24 meses. (No aplica para los solicitantes de BHP). *Incluya una carta de constancia de su empleador respecto a su cancelación de COBRA y un certificado de cobertura como prueba de la cobertura colectiva continua durante 24 meses.*
- Elegibilidad de COBRA:** Usted está presentando su solicitud dentro de los 90 días después del evento que le califica para COBRA y ha tenido cobertura colectiva continua por lo menos durante 24 meses antes del evento pero decidió no tomar la cobertura de COBRA. (No aplica para los solicitantes de BHP). *Incluya una carta de constancia de su empleador respecto a su elegibilidad de COBRA y un certificado de cobertura como prueba de la cobertura colectiva continua durante 24 meses.*
- Pérdida de la cobertura del Plan Basic Health (BHP):** Perdió o está perdiendo la cobertura de BHP y tuvo por lo menos 24 meses de cobertura continua antes de la pérdida y está presentando su solicitud dentro de los 90 días después de la cancelación. *Incluya una carta de constancia de su compañía de seguros con las fechas de cobertura como prueba de su elegibilidad para BHP o un certificado de cobertura.*

Además de las excepciones enumeradas, el Cuestionario estándar de salud no es necesario para un recién nacido o un menor recientemente adoptado del **miembro** si la Compañía recibe la solicitud de cobertura en un período de 60 días posteriores al nacimiento o colocación de adopción (en vigencia a partir de la fecha de nacimiento o colocación de la adopción si el miembro cuenta con una cobertura activa durante la fecha de nacimiento o colocación de adopción).

¿Está agregando a un hijo recién nacido a su póliza? Sí

¿Está agregando a un niño recién adoptado a su póliza? Sí (En el caso del menor adoptado, incluya la documentación que indica la fecha de colocación).

SECCIÓN 6. OTRA INFORMACIÓN DE COBERTURA

¿Usted o alguno de sus dependientes que solicita la cobertura está cubierto actualmente por algún plan de grupo, individual o de autoaseguro? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene la intención de reemplazar su plan actual con este contrato? Sí No

Los planes individuales de Asuris Northwest Health contienen un período de espera para afecciones preexistentes de nueve meses. En determinadas circunstancias, exoneraremos o acreditaremos este período de espera con base en la cobertura actual o anterior. Para ayudarnos a determinar si califica para el crédito del período de espera por afecciones preexistentes, proporcione la siguiente información y adjunte una copia del Certificado de cobertura de su compañía de seguros actual o anterior o un documento similar que muestre las fechas de inicio o finalización de su cobertura actual, si aplica. Tenga en cuenta: Si su cobertura anterior era con el plan de grupo de Asuris Northwest Health, no es necesario incluir una copia de su Certificado de cobertura. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, CONSULTE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD EN LA PÁGINA.

| Nombre (Primero, apellido) | Fecha de nacimiento | Compañía de seguros | Número de póliza | Fechas de cobertura | | Tipo de cobertura |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|------------------|---------------------------------|--|---|
| | | | | Fecha de inicio de la cobertura | Fecha de finalización de la cobertura (indique Activo si actualmente está cubierto) | |
| 1. | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Grupo del empleador • Individual • Medicare • COBRA • De riesgo colectivo |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |

Monto deducible: \$ _____ por individuo por año

Monto deducible: \$ _____ por familia por año

Monto de desembolso directo (límite de pérdida): \$ _____
por individuo por año

Monto de desembolso directo (límite de pérdida): \$ _____
por familia por año

SECCIÓN 7. DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE NO FUMADOR

Llene esta sección únicamente si usted o su cónyuge solicita un descuento por no fumador.

Certifico que no he fumado cigarrillos, cigarros o pipas, ni he utilizado tabaco masticable, tabaco sin humo ni ninguna otra forma de tabaco ni sustancias de drogas ilegales en los últimos 12 meses. **TENGA EN CUENTA:** La Compañía se reserva el derecho de cancelar la cobertura y cobrar los pagos por reclamos u otros daños si se presenta información falsa o si no cumple con avisarnos que ya no es elegible para el descuento de no fumador.

Firma del miembro _____

Fecha _____

Firma del cónyuge (Si aplica) _____

Fecha _____

SECCIÓN 8. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Reconozco y entiendo que mi plan de salud puede solicitar o divulgar mi información de salud o la de mis dependientes (las personas que son elegibles para obtener los beneficios de cobertura y que figuran en la solicitud) con el fin de facilitar el tratamiento médico, el pago, o para operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de atención médica, o según lo requiera la ley.*

La información médica solicitada o revelada puede estar relacionada con el tratamiento o con los servicios brindados por:

- Un médico, dentista, farmacéutico u otro profesional de atención de la salud o del comportamiento;
- Una clínica, hospital, centro de atención médica de largo plazo u otro centro médico;
- Cualquier otra institución que brinde atención, tratamiento, consultas, fármacos, materiales o una compañía de seguros o plan de salud colectivo.

La información médica solicitada o divulgada puede incluir, pero no se limita a: registros de reclamos, correspondencia, expedientes médicos, estados de cuenta, informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales u hospitalarios (incluyendo los registros de enfermería y notas de progreso).

Esta aceptación no abarca el suministro de información relacionada con notas de psicoterapia. Se utilizará una autorización independiente para las notas de psicoterapia.

*Para obtener más información acerca de dichos usos y divulgaciones, incluyendo los usos y divulgaciones solicitados por la ley, consulte el Aviso de privacidad del consumidor de Asuris. Se encuentra disponible una copia desde nuestro sitio Web (www.asuris.com) o por teléfono al 1-866-704-2708.

SECCIÓN 9. ACUERDO DE SOLICITUD

Por este medio solicito para mí mismo o para cualquier cónyuge/dependiente(s) enumerados en esta solicitud la cobertura bajo el Contrato individual que se indica en este formulario o vigente actualmente, si se agregan dependiente(s). Los contratos se ofrecen por medio de Asuris Northwest Health (la Compañía). Comprendo que tendré el derecho de examinar y devolver el Contrato (si es nuevo) en un período de 10 días a partir de su envío hacia mí. Certifico que mis dependientes enumerados y yo cumplimos con los requisitos de elegibilidad establecidos en la **Sección 4. Información del miembro**.

Estoy de acuerdo con pagar por anticipado las tarifas adecuadas por mí mismo y mis dependientes enumerados, así como autorizo los aumentos en la tarifa, según la Compañía los considere necesarios.

He leído y comprendido las disposiciones del período de espera del plan que solicito. Comprendo que en determinadas circunstancias la Compañía puede imponer un **período de espera de nueve meses** por afecciones preexistentes según lo que se define en el Contrato.

Comprendo que esta solicitud no es una oferta de cobertura por parte de Asuris Northwest Health y que la presentación de esta solicitud no garantiza que recibiré la cobertura. Firme y ponga la fecha **Sección 10. Firma y fecha**

SECCIÓN 10. FIRMA Y FECHA

He proporcionado estas respuestas como parte del procedimiento de la solicitud requerido por Asuris Northwest Health para inscribirme en la cobertura y certifico que toda la información proporcionada en este formulario y en el Cuestionario estándar de salud (si aplica) es verdadera, correcta y completa. Entiendo que Asuris Northwest Health se basará en cada respuesta para realizar la cobertura y calificar las determinaciones. Para la protección de todos nuestros miembros, el fraude o la falsa declaración de hechos materiales por mí con el propósito de defraudar a Asuris Northwest Health puede ocasionar que Asuris Northwest Health tome cualquier medida permitida por la ley o el Contrato, incluso la terminación o rescisión de la cobertura, negación de beneficios o presentación de cargos o multas penales.

FIRMA DEL MIEMBRO:* _____ **FECHA:** _____

*Si un representante personal firma en nombre del miembro/persona inscrita, llene lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con la persona: Padre Tutor legal[†] Titular de Carta poder[†]
(†Adjunte la documentación legal si es el tutor legal o el Titular de la Carta poder)

FIRMA DEL CÓNYUGE: _____ **FECHA:** _____
(Si aplica)

Firma del dependiente: _____ **Firma del dependiente:** _____
(Si tiene 18 años de edad o más) (Si tiene 18 años de edad o más)

En la mayoría de casos, las solicitudes que reciba la oficina antes de las 5:00 p.m. del último día hábil del mes se considerarán como vigentes desde el primer día del siguiente mes.

Para seleccionar una fecha de vigencia posterior, indique aquí: ____ / 01 / ____ (no más de dos meses después de la fecha de la solicitud).

¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE ASURIS NORTHWEST HEALTH?

Marque la casilla que describa mejor la manera en que se enteró acerca de Asuris Northwest Health.

- Plan de grupo Asuris Sitio Web Seminario Productor Radio
 Televisión Periódico Correo directo Boca a boca
 Otros: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Para asegurar el procesamiento oportuno de su solicitud, revise esta lista de verificación.

- ✓ Es posible que se necesite la constancia de residencia para todas las solicitudes nuevas. Es posible que como constancia de residencia se solicite una fotocopia de alguno de los siguientes documentos:
 - A. Tarjeta de identificación o licencia de conducir del estado de Washington válida.
 - B. Factura actual de servicios, que incluya nombre y dirección.
- ✓ ¿Indicó el tipo de cobertura que seleccionó en la **Sección 2. Tipo de nueva cobertura**?
- ✓ Si eligió una deducción automática de su cuenta bancaria en la **Sección 3. Tipo de pago**, ¿Llenó el formulario **Acuerdo del miembro para el pago de factura autorizado previamente adjunto**? Pague sus facturas de papel hasta que se le notifique que se haya iniciado la transferencia electrónica de fondos. El procesamiento puede tomar un máximo de 60 días. (No es necesario cuando agrega dependiente(s) a la cobertura actual).
- ✓ ¿Llenó el **Formulario estándar de salud** para usted mismo y para cada dependiente que desea cubrir, si es necesario?
- ✓ Si usted o sus dependientes no tienen que llenar el Cuestionario estándar de salud, ¿incluyó la constancia requerida (consulte la **Sección 5. Excepciones del Cuestionario estándar de salud**)?
- ✓ ¿Llenó la **Sección 6. Otra información de cobertura**? Proporcionémos la documentación de la cobertura actual o anterior que muestra las fechas de inicio o finalización para usted o su(s) dependiente(s) a menos que la cobertura actual o anterior haya estado con Asuris Northwest Health. Los ejemplos de la documentación de cobertura podrían incluir una copia del Certificado de cobertura de su compañía de seguros actual o anterior. Si no tiene un Certificado de cobertura, puede proporcionar otra documentación de acuerdo con la ley federal.
- ✓ Si usted o su cónyuge dependiente son no fumadores, ¿leyó la **Sección 7. Declaración de certificación de no fumador y firmó, si aplica**?
- ✓ Lea la **Sección 8. Divulgación de información** y **Sección 9. Acuerdo de solicitud**.
- ✓ ¿Firmó y colocó la fecha de esta solicitud (incluso todos los miembros de la familia de 18 años de edad o más) en la **Sección 10. Firma y fecha**?
- ✓ Si un productor le ayuda a llenar estos formularios, él o ella deben llenar la sección Información del productor. **No envíe el pago de la cuota con su solicitud. Recibirá una declaración de parte nuestra cuando se acepte su solicitud.**

INFORMACIÓN DEL PRODUCTOR

SI LA SOLICITUD SE REALIZA A TRAVÉS DE UN PRODUCTOR, ÉL/ELLA DEBE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

NOTA: Los productores que no tienen una cita actual con Asuris Northwest Health no están autorizados para inscribir miembros.

| | | | |
|---|----------------------|--|----------------------------------|
| Nombre del productor | | Firma o Agencia | |
| Dirección del productor | | | Número de teléfono del productor |
| Certifico que he verificado que todas las personas que solicitan la cobertura son elegibles. Además certifico, a mi leal saber y entender, que el o los solicitantes proporcionaron información verdadera en esta solicitud y en el Cuestionario estándar de salud (si aplica). | | | |
| Firma del productor | | Fecha | |
| Número de licencia del Estado de Washington del productor | Fecha de vencimiento | Número de productor de Asuris Northwest Health | |
| Persona de contacto | | | |

Si cuenta con un productor, ese productor debe recibir bonificaciones, comisiones, cuotas por servicio administrativo u otra compensación, incluso compensación que no sea en efectivo por parte de Asuris Northwest Health. Los incentivos se pueden basar en cualquiera de los diversos factores, incluso los productos que adquirió, el volumen de negocios que tiene su productor con Asuris y los otros servicios que su productor le proporciona. Estos incentivos pueden tener un impacto indirecto sobre las tarifas. Para obtener más información, comuníquese con su productor.