

## SOLICITUD DE COBERTURA

Fideicomiso de Beneficios de Cuidado de la Salud de la Iglesia Cristiana

INDIVIDUAL

**Llene la solicitud empleando tinta azul o negra. No escriba en las partes sombreadas ya que son para uso interno únicamente.**

Señale la que se aplique <input type="checkbox"/> Solicito NUEVA cobertura. <input type="checkbox"/> Solicito aumentar o disminuir la cobertura. <input type="checkbox"/> Solicito agregar dependientes a mi cobertura actual.				Se solicita que entre en vigencia a partir de: fecha, mes							
<b>Sección A Información del solicitante</b>											
Nivel de riesgo		Apellido del solicitante		Nombre		IM	Número de seguridad social				
Dirección de la residencia: Calle y A.A., si es aplicable.						Ciudad, Estado, Código postal					
Condado			Altura	Peso	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad	Fecha de nacimiento			
Dirección de cobro: Calle (si es diferente a la de arriba)						Ciudad, Estado, Código postal					
Estado civil		Teléfono de la casa (incluya el código de área)			Teléfono del negocio (incluya el código de área)			Ocupación			
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado											
¿Todas las personas que están solicitando la cobertura son residentes legales de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
<b>Sección B Seleccione el tipo de cobertura y el plan o deducible deseados.</b>											
<input type="checkbox"/> Soltero		<input type="checkbox"/> Empleado + uno		<input type="checkbox"/> Familia		<input type="checkbox"/> Empleado + niños					
<input type="checkbox"/> Health Choice 500			<input type="checkbox"/> Health Choice 1000			<input type="checkbox"/> Health Choice 2500					
<b>Sección C Información de cobro</b>											
Seleccione la frecuencia de la prima: <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> trimestral <input type="checkbox"/> semianual <input type="checkbox"/> anual				Cantidad total de pago de prima anexa \$ _____ Gire el cheque por el primer periodo de la prima a pagar, a nombre del "Christian Church Health Care Benefit Trust".							
<b>Sección D Información de las personas dependientes (anexe una hoja aparte, si es necesario)</b>											
Se debe incluir la información completa de todas las personas dependientes, si las hay, que van a estar cubiertas por la cobertura. Las personas dependientes elegibles pueden ser: su cónyuge, las personas solteras que dependan de usted, las personas solteras que dependan de su cónyuge (hasta el fin del mes calendario en el cual cumplen 19 años de edad, o hasta los 25 años de edad si la persona llena los requisitos como estudiante de tiempo completo o llena los requisitos para la exención del impuesto federal sobre la renta).											
Nivel de riesgo	Nombre, IM (Apellido, si es diferente al del solicitante)		No. de seguridad social		Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	Altura	Peso	¿Exención de impuesto federal?
¿Cualquiera de las personas dependientes designadas arriba, que tenga más de 19 años de edad, cumple en la actualidad con los requisitos para la exención al impuesto federal, o como estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Si la respuesta es afirmativa, suministre el nombre y la dirección de la persona dependiente, si es diferente a la dirección del solicitante. (Es posible que se exija la documentación para determinar si cumple con los requisitos para la exención al impuesto federal sobre la renta o como estudiante de tiempo completo.)						
Fecha a partir de la cual entra en vigencia la asignación			Fecha de la decisión		Disposición preexistente		Iniciales del asegurador		Código de riesgo		
<b>Clave de nivel de riesgo</b>											
(P) Preferido		(S1) Estándar 1		(S2) Estándar 2		(M1) Modificado 1		(M2) Modificado 2			



**Sección G Otra cobertura médica (Anexe una hoja aparte, si es necesario).**

¿Usted o las personas dependientes elegibles han tenido cobertura Médica Principal Completa durante los últimos 63 días?  Sí  No  
 (Usted puede ser elegible para crédito preexistente.) **Es necesario suministrar la información que se solicita a continuación, a fin de que se pueda otorgar el crédito.** Suministre los 18 meses anteriores de cobertura.

1. Nombre y número telefónico del portador previo

 Era:  Cobertura de grupo  
 Cobertura individual

Número de identificación	Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s)
--------------------------	---

Fecha en que entró en vigencia	Fecha de cancelación
--------------------------------	----------------------

Razones de la cancelación

¿Está reemplazando esta cobertura por CCHCBT?  Sí  No3. ¿Usted o cualquiera de las personas que solicitan la cobertura están cubiertos actualmente por Medicare?  Sí  No**Responda a las preguntas de esta sección si tiene más de un portador (Anexe una hoja aparte si es necesario).**

1. Nombre y número telefónico del portador previo

 Era:  Cobertura de grupo  
 Cobertura individual

Número de identificación	Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s)
--------------------------	---

Fecha en que entró en vigencia	Fecha de cancelación
--------------------------------	----------------------

Razones de la cancelación

**Sección I Términos significativos, condiciones y autorizaciones (TERMS)**

Si al solicitante o a cualquier persona para la cual se pide la cobertura se le presenta una enfermedad o un cambio en su estado médico durante el periodo de tiempo entre la fecha de solicitud y la fecha en que el asegurador aprueba la solicitud, es obligatorio notificar a la CCHCBT, por escrito, sobre dicha enfermedad o cambio, y de cualquier enfermedad que preceda a la cobertura.

Lea con cuidado la siguiente sección antes de firmar la solicitud.

1. No puedo asignar ningún pago bajo el programa de Fideicomiso de Beneficio de Cuidado de la Salud de la Iglesia Cristiana.
2. Estoy pidiendo la cobertura seleccionada en esta solicitud.
3. Entiendo que, hasta donde lo permita la ley, CCHCBT se reserva el derecho a aceptar o declinar esta solicitud.
4. Entiendo que cualquier cotización de prima suministrada es preliminar y la revisión de mi solicitud por parte del asegurador médico puede cambiar la prima y tener como resultado una negación de cobertura.
5. Soy responsable de notificar a tiempo a la CCHCBT sobre cualquier cambio que haga que yo o una persona dependiente de mí no seamos elegibles para la cobertura.

6. Al firmar esta solicitud, estoy de acuerdo y acepto la grabación o el monitoreo de cualquier conversación telefónica entre CCHCBT y yo.

Reconozco que he leído los Términos significativos, las condiciones y la autorización, y acepto dichas disposiciones como condición de la cobertura. Declaro que las respuestas dadas a las preguntas de esta solicitud son ciertas y precisas según mi leal saber y entender, y creo y entiendo que la CCHCBT se basa en ellas para aceptar esta solicitud. Cualquier tergiversación u omisión significativa que se encuentre en esta solicitud puede tener como resultado la negación o cancelación de mi cobertura.

Doy esta autorización a nombre mío y de cualquiera de las personas que dependen de mí, si están cubiertas por la CCHCBT. Actúo como su agente y representante.

**Si la respuesta a la pregunta No.6 de la Sección E es "NO", su firma abajo indica su aceptación de que no ha fumado durante los últimos 12 meses.**

Firma del solicitante	Fecha
Firma del cónyuge (si va a ser cubierto)	Fecha

**Gracias por escoger  
el Fideicomiso de Beneficios de Cuidado de la Salud de la Iglesia Cristiana.**

Christian Church (Disciples of Christ) Health Care Benefit Trust  
 130 East Washington Street  
 Indianápolis, Indiana 46204 – 3659