

Formulario de selección de pago de plan individual para 2026

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CLARA

Primer nombre del solicitante/miembro	Apellido	Inicial del 2.º nombre
Número de ID del miembro	Instrucciones: llene el formulario si ya es miembro y desea modificar su pago automático. Para la opción de autoservicio, inicie sesión en su cuenta en healthplanofnevada.com o sierrahealthandlife.com	
Opciones de pago de la prima Debe pagar una prima inicial en el momento de la aplicación.		

¿Hay un tercero que aporte fondos para pagar las primas de la cobertura de su seguro? ☐ Sí ☐ No

Si es así, identifique al tercero que aporta fondos (directa/indirectamente) para pagar las primas: _____

Los siguientes son los únicos terceros aceptables que pueden pagar las primas de HPN/SHL en nombre del miembro/asegurado:

- Programa Ryan White contra el VIH/SIDA, en virtud del Título XXVI de la Ley de Servicios de Salud Pública;
- Tribus indígenas, organizaciones tribales u organizaciones urbanas indígenas;
- Empleadores;
- Programas gubernamentales estatales y federales; o
- Familiares.

Si se recibe el pago del miembro/asegurado y se determina que la prima procede de un tercero no aceptable, se informará al miembro/asegurado que el pago será devuelto y que seguirá pendiente para que un tercero aceptable lo efectúe. Si no se recibe el pago de la prima de un tercero aceptable dentro del período de gracia de la prima, la póliza se cancelará por impago de la prima.



Pagaré con la siguiente opción de pago:

☐ Tarjeta de crédito/débito☐ Giro bancario por EFT/ACH☐ Cheque o giro postalSi opta por pagar con **tarjeta de crédito/débito**, deberá proporcionar todos los datos siguientes:

Nombre del titular tal como aparece en la tarjeta			
Dirección de facturación del titular de la tarjeta	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de tarjeta de crédito _____ - _____ - _____ - _____	Fecha de venc. (MM/AA) ____/____	CVV/CVC	
Dirección de correo electrónico	Teléfono celular		

--- 0 ---

Si opta por pagar con **giro bancario por EFT/ACH**, deberá proporcionar todos los datos siguientes:

Nombre del titular de la cuenta bancaria tal como aparece en el extracto bancario	Dirección del titular de la cuenta	Tipo de cuenta ☐ Corriente ☐ Ahorros
N.º de ruta	N.º de cuenta bancaria	
Dirección de correo electrónico	Teléfono celular	

Cantidad que se cobrará al presentar la aplicación \$ _____

Seleccione el día del mes para los pagos periódicos _____

(La fecha será el 5.º día del mes si no se introduce ninguna fecha)

- ☐ **Pago inicial y pagos mensuales periódicos** Autorizo a Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life a cargar en mi tarjeta de crédito/débito O a cargar en mi cuenta bancaria la cantidad de pago indicada anteriormente en el momento de presentar mi aplicación. También autorizo a Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life a cargar en mi tarjeta de crédito/débito O a cargar en mi cuenta bancaria una cantidad igual a la prima mensual facturada o a cualquier prima vencida para este Plan Individual de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life.
- ☐ **Solo pago inicial** Autorizo a Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life a cargar en mi tarjeta de crédito/débito O a cargar en mi cuenta bancaria la cantidad de pago indicada anteriormente en el momento de presentar mi aplicación. Entiendo que la cantidad autorizada se cobrará en su totalidad tras la aprobación de esta aplicación y puede que sea o que no sea mi prima mensual final. **Soy responsable de cualquier prima adeudada en mi cuenta. Los créditos se aplicarán a futuras facturaciones.**
- ☐ **Pagos mensuales periódicos** Autorizo a Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life a cargar en mi tarjeta de crédito/débito O a cargar en mi cuenta bancaria la prima mensual facturada o cualquier prima vencida para este Plan Individual de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life.

La prima mensual se cargará automáticamente en la tarjeta de crédito/débito o se debitará de la cuenta bancaria y en la fecha que se indican arriba (o el siguiente día hábil si se trata de un fin de semana o festivo) en que venza la prima. **Esta autorización estará en pleno vigor y efecto hasta que Health of Nevada/Sierra Health and Life haya recibido aviso por escrito de su cancelación** de forma que Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life y la entidad financiera tengan una oportunidad razonable de actuar al respecto. **En caso de que aumenten sus primas mensuales, la prima con el aumento se deducirá de su cuenta.** El miembro puede iniciar sesión en su cuenta para modificar o cancelar los pagos mensuales.



Firma del titular de la tarjeta/cuenta

Fecha _____