

**Formulario de Inscripción de Solicitante Individual de 2023**

Tipo de solicitud (marque una)

Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_

Inscripción Abierta Anual (del 01/11/22 al 15/01/23)

Acontecimiento Vital que Reúne los Requisitos

Tipo de Acontecimiento:

Nacimiento o Adopción

Matrimonio / Divorcio  Mudanza Permanente

Fecha del Acontecimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pérdida de la Cobertura

Otro \_\_\_\_\_

STEP 01 Selección del plan (escriba todas las respuestas en tinta)	
Marque la casilla para seleccionar el plan médico	
Planes HMO MyHPN Solutions (residentes del Condado de Clark/Nye/Washoe únicamente)	Planes EPO y HSA MySHL Solutions (residentes del Condado de Clark únicamente)
Bronze HMO* <input type="checkbox"/> Plus 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Silver HMO* <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 4	Bronze EPO* <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 Silver EPO* <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
Gold HMO* <input type="checkbox"/> 7	Gold EPO* <input type="checkbox"/> 7 Bronze HSA EPO* <input type="checkbox"/> 3.1 Catastrophic EPO* <input type="checkbox"/> 1 (disponible para menores de 30)
<b>Productos Auxiliares (Opcional) (se aplica una prima adicional)</b>	
<input type="checkbox"/> Cláusula para la Vista para Adultos de HPN <input type="checkbox"/> DHMO (cobertura familiar para todos los afiliados) <input type="checkbox"/> Plan Dental para Adultos PPO	<input type="checkbox"/> Cláusula para la Vista para Adultos de SHL <input type="checkbox"/> DHMO (cobertura familiar para todos los afiliados) <input type="checkbox"/> Plan Dental para Adultos PPO

STEP 02 Información del solicitante (escriba en letra clara)	
Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Para Mí <input type="checkbox"/> Para Mí y Mi Cónyuge <input type="checkbox"/> Para Mí y Mi(s) Hijo(s) <input type="checkbox"/> Para Mi Hijo Solamente <input type="checkbox"/> Familia	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Libre Registrada	
Primer nombre	Apellido
Dirección física (calle, <b>no</b> casilla de correo)	
Dirección de correspondencia/Facturación (si es distinta a la indicada arriba)	
Teléfono particular	Teléfono celular
Correo electrónico	
Nombre del contacto de emergencia	Teléfono
! Si es una solicitud para hijo solamente, llene la siguiente información: Padre/madre/tutor como parte responsable: nombre completo en letra de molde _____ Teléfono _____	

Información de la Agencia/el Agente: Se debe llenar para recibir comisiones	
NPN o ID de la Entidad de Comisiones _____	Teléfono _____
Nombre de la agencia _____	Nombre del agente _____

\*También puede inscribirse en un plan de seguro de salud para usted y su familia por medio del Intercambio de Seguros de Salud de Silver State (intercambio de seguros de salud estatal de Nevada). El Intercambio de Seguros de Salud de Silver State le permite recibir cotizaciones de distintas compañías de seguros que están disponibles en el Intercambio. Usted puede comparar planes diferentes, recibir cotizaciones y averiguar si reúne los requisitos para la asistencia financiera. El Intercambio de Seguros de Salud de Silver State es el único modo de recibir asistencia financiera para su seguro de salud. Puede inscribirse en línea visitando [www.nevadahealthlink.com](http://www.nevadahealthlink.com) o llamando al 1-800-547-2927, TTY 711.

**Formulario de Inscripción de Solicitante Individual de 2023**

<b>STEP 03 Información del Solicitante y Miembro de Familia Elegible</b> Inclúyase usted (o a su hijo solamente) y a todos los miembros de la familia elegibles que soliciten la cobertura. Únicamente su cónyuge/pareja de unión libre y/o sus hijos elegibles (hasta los 26 años) pueden solicitar ser dependientes. ¡Esta sección debe completarse para los nuevos Solicitantes y Dependientes					
Información del miembro				Solamente Opciones HPN	
<b>Solicitante/Hijo Solamente</b>	Primer nombre	Apellido	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento / /	Proveedor de Atención Primaria (PCP) <sup>2</sup> o Pediatra  Obstetra/Ginecólogo (para mujeres mayores de 15 años)
	N.º del Seguro Social (mayores de 5 años)	N.º de ID de Nevada Válido (mayores de 19 años) Requerido		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
	Elegible para Medicare A/B <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Consumo de tabaco <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Cónyuge/Pareja U. L.</b>	Primer nombre	Apellido	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento / /	Proveedor de Atención Primaria (PCP) <sup>2</sup> o Pediatra  Obstetra/Ginecólogo (para mujeres mayores de 15 años)
	N.º del Seguro Social (mayores de 5 años)	N.º de ID de Nevada Válido (mayores de 19 años) Requerido		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
	Elegible para Medicare A/B <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Consumo de tabaco <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Hijo 1</b>	Primer nombre	Apellido	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento / /	Proveedor de Atención Primaria (PCP) <sup>2</sup> o Pediatra  Obstetra/Ginecólogo (para mujeres mayores de 15 años)
	N.º del Seguro Social (mayores de 5 años)	N.º de ID de Nevada Válido (mayores de 19 años) Requerido		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
	Elegible para Medicare A/B <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Consumo de tabaco <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Raza</b> (Elija una de las siguientes opciones)			<b>Origen étnico</b> (Elija una de las siguientes opciones)		<b>Idioma Preferido, Hablado y Escrito</b> (Elija una de las siguientes opciones)
<input type="checkbox"/> Dos o Más Razas <input type="checkbox"/> Indoamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico			<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> No Inglés <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					

**Formulario de Inscripción de Solicitante Individual de 2023**

Primer nombre		Apellido		Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento / /	Proveedor de Atención Primaria (PCP) <sup>2</sup> o Pediatra	Obstetra/Ginecólogo (para mujeres mayores de 15 años)
Hijo 2 N.º del Seguro Social (mayores de 5 años) - -		N.º de ID de Nevada Válido (mayores de 19 años) Requerido			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Elegible para Medicare A/B <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Consumo de tabaco <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Raza</b> (Elija una de las siguientes opciones)				<b>Origen étnico</b> (Elija una de las siguientes opciones)		<b>Idioma Preferido, Hablado y Escrito</b> (Elija una de las siguientes opciones)	
<input type="checkbox"/> Dos o Más Razas		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> Inglés	
<input type="checkbox"/> Indoamericano o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> No Inglés	
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano							
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico							
Primer nombre		Apellido		Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento / /	Proveedor de Atención Primaria (PCP) <sup>2</sup> o Pediatra	Obstetra/Ginecólogo (para mujeres mayores de 15 años)
Hijo 3 N.º del Seguro Social (mayores de 5 años) - -		N.º de ID de Nevada Válido (mayores de 19 años) Requerido			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Elegible para Medicare A/B <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Consumo de tabaco <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Raza</b> (Elija una de las siguientes opciones)				<b>Origen étnico</b> (Elija una de las siguientes opciones)		<b>Idioma Preferido, Hablado y Escrito</b> (Elija una de las siguientes opciones)	
<input type="checkbox"/> Dos o Más Razas		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> Inglés	
<input type="checkbox"/> Indoamericano o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> No Inglés	
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano							
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico							
Primer nombre		Apellido		Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento / /	Proveedor de Atención Primaria (PCP) <sup>2</sup> o Pediatra	Obstetra/Ginecólogo (para mujeres mayores de 15 años)
Hijo 4 N.º del Seguro Social (mayores de 5 años) - -		N.º de ID de Nevada Válido (mayores de 19 años) Requerido			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Elegible para Medicare A/B <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Consumo de tabaco <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Raza</b> (Elija una de las siguientes opciones)				<b>Origen étnico</b> (Elija una de las siguientes opciones)		<b>Idioma Preferido, Hablado y Escrito</b> (Elija una de las siguientes opciones)	
<input type="checkbox"/> Dos o Más Razas		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> Inglés	
<input type="checkbox"/> Indoamericano o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> No Inglés	
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano							
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico							

<sup>1</sup>¿Consumió tabaco regularmente en los últimos seis meses (en promedio cuatro veces por semana o más, sin incluir el consumo en ceremonias o rituales religiosos)?

<sup>2</sup>Si se inscribe en un plan de Health Plan of Nevada, seleccione un Proveedor de Atención Primaria (PCP) o un Pediatra del directorio de proveedores de Health Plan of Nevada disponible en HealthPlanofNevada.com. Las mujeres también deberían seleccionar un obstetra/ginecólogo.

## Formulario de Inscripción de Solicitante Individual de 2023

STEP

04

### Reconocimientos y llenado de la solicitud. SE REQUIERE LA FIRMA

Al firmar este documento:

- Yo, nosotros o el Representante Autorizado legalmente (agentes de seguro, productores, etc.) en nombre del cliente, (en adelante mencionado como el Solicitante) por medio del presente documento solicitamos a Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life que se les ofrezca cobertura a las personas Elegibles en esta solicitud. El Solicitante entiende que esta solicitud de cobertura está sujeta a la aceptación por parte de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life y que, si se emite un Convenio, el servicio estará disponible sujeto a los términos, exclusiones, limitaciones y beneficios descritos en el Convenio de Cobertura de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life y el Anexo A: Plan de Beneficios correspondiente, así como todos los Endosos, Cláusulas Adicionales y Anexos correspondientes.
- **El Solicitante declara que no es elegible o que no está inscrito en la Parte A ni la Parte B de Medicare en el momento de esta solicitud.**
- El Solicitante entiende que tiene derecho a obtener una copia de este formulario.
- El Solicitante entiende que, si por cualquier motivo no está satisfecho o si las tarifas de la prima no son aceptables, en los diez (10) días posteriores a la recepción del Convenio de Cobertura, podrá devolver el Convenio de Cobertura y solicitar un reembolso íntegro de la prima pagada, exceptuando los reclamos pagados, si corresponde.
- El Solicitante entiende que el pago presentado con esta solicitud se procesará en el momento en el que se apruebe y se emita la póliza.

El Solicitante expresa que todas las declaraciones y respuestas de esta solicitud son verdaderas y completas a su leal saber y entender. El Solicitante considera que esta será la base de su aceptación de la membresía. El Solicitante entiende que, si la información proporcionada a Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life en esta solicitud resulta ser falsa, inexacta o incompleta, Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life en lugar de cancelar la cobertura, puede ejercer el derecho de ajustar retroactivamente los pagos de las primas anteriores a la tarifa máxima permitida que se hubiera facturado si dicha información falsa, inexacta, o incompleta se hubiera proporcionado correctamente. Si Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life no recibe la tarifa de la prima revisada en los treinta (30) días posteriores a la recepción de la carta de notificación, se cancelará la cobertura después de la fecha del último pago.

El Solicitante entiende que Nevada exige una autorización específica del solicitante para aceptar un arbitraje. Si el Solicitante no está conforme con el resultado de una Revisión Médica Independiente, el Solicitante tendrá derecho a solicitar que se someta la disputa al arbitraje obligatorio definitivo ante un árbitro de acuerdo con las reglas de arbitraje comercial que aplica la American Arbitration Association (Asociación Estadounidense de Arbitraje).

**Entiendo que debo proporcionar una dirección física a los fines de la solicitud. Asimismo, si tergiverso intencionalmente un hecho importante, Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life tiene derecho a rescindir la cobertura y declarar la cobertura del Plan nula y sin validez a partir de la Fecha de Vigencia original de la cobertura y reembolsar la prima que corresponda. Una solicitud sin dirección física me será devuelta y es posible que, como consecuencia, la fecha de vigencia solicitada se modifique.**

**ADVERTENCIA:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, suministre información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el fin de estafarlo o intentar estafarlo con respecto a un acuerdo o premio pagadero con los beneficios de un seguro, será denunciado ante la División de Seguros.

**Representante de Ventas Individual Interno:** Health Plan of Nevada (HPN)/Sierra Health and Life (SHL) paga una compensación a los profesionales con licencia contratados y designados por nuestra compañía cuando venden productos Médicos de HPN/SHL. Esta compensación suele ser una parte de la prima del plan y reconoce los servicios prestados por los profesionales con licencia. La prima del plan es la misma, independientemente de si se utilizaron los servicios de un profesional con licencia para la postulación y compra del plan. Según la Ley de Apropiaciones Consolidadas de 2020, a usted se le informa acerca de la compensación pagada por la venta de este plan, que es de hasta \$3.33 por mes por un período de 12 meses. La compensación pagada puede pagarse directamente al profesional con licencia o a una entidad con licencia con la cual el profesional con licencia tenga un empleo o afiliación. Es posible que después se pague una compensación adicional si el profesional con licencia y/o su agencia cumplen con ciertos criterios en el futuro y su plan es parte del cálculo de si se cumplen dichos criterios. Esta posibilidad podría tener como consecuencia en efecto un aumento de la compensación general obtenida por la venta de este producto, pero se desconoce en este momento.

**Agente de Seguros y Representante de Ventas Individual Interno:** Health Plan of Nevada (HPN)/Sierra Health and Life (SHL) paga una compensación a los profesionales con licencia contratados y designados por nuestra compañía cuando venden productos Médicos de HPN/SHL. Esta compensación suele ser una parte de la prima del plan y reconoce los servicios prestados por los profesionales con licencia. La prima del plan es la misma, independientemente de si se utilizaron los servicios de un profesional con licencia para la postulación y compra del plan. Según la Ley de Apropiaciones Consolidadas de 2020, a usted se le informa acerca de la compensación pagada por la venta de este plan, que es de hasta \$20.00 por mes por un período de 12 meses. La compensación pagada puede pagarse directamente al profesional con licencia o a una entidad con licencia con la cual el profesional con licencia tenga un empleo o afiliación. Es posible que después se pague una compensación adicional si el profesional con licencia y/o su agencia cumplen con ciertos criterios en el futuro y su plan es parte del cálculo de si se cumplen dichos criterios. Esta posibilidad podría tener como consecuencia en efecto un aumento de la compensación general obtenida por la venta de este producto, pero se desconoce en este momento.



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Reconozco que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y que:**



Iniciales \_\_\_\_\_ Soy residente de Nevada y resido en el área de servicio en la que he solicitado la cobertura.

Iniciales \_\_\_\_\_ Se me podrá exigir presentar un comprobante de residencia.

Iniciales \_\_\_\_\_ Declaro que ningún tercero sin licencia (p. ej., un centro médico) me ayudó a llenar esta solicitud.

**REPRESENTANTE AUTORIZADO.** Si un Representante Autorizado está llenando esta solicitud en nombre de un cliente, el Representante Autorizado entiende y por medio del presente declara que tiene una autorización escrita de su cliente para solicitar una cobertura de seguro de salud en nombre de su cliente. Asimismo, el Representante Autorizado declara que dicha documentación escrita se pondrá a disposición de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life a solicitud.

**SOLICITANTE O TUTOR LEGAL DESIGNADO POR UN TRIBUNAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO EN NOMBRE DEL SOLICITANTE:**



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

