



Formulario de solicitud/cambio SOLO individual

Gracias por su interés en el Seguro de salud individual de ConnectiCare. Ahora que ha encontrado el plan adecuado para usted, le proporcionaremos información sobre cómo solicitar cobertura:

- **Por Internet:** Visite connecticare.com/solo, complete una solicitud en línea y haga clic en “Submit” (Enviar) para que se procese.
- **Con un agente:** Pídale a su agente que le envíe una invitación por correo electrónico con los detalles sobre sus opciones de planes y un enlace que le dirija a la solicitud en línea.
- **Formulario impreso:** Si no puede presentar la solicitud en línea, podrá utilizar este formulario impreso, el cual podría tardar hasta 14 días en procesarse. Las solicitudes deben ser enviadas por correo a la siguiente dirección:

ConnectiCare, Inc. and Affiliates,
ATTN: SOLO Intake, 175 Scott Swamp Road,
Farmington, CT 06034 o envíe un fax al **860-678-5274**

Inscripción abierta:

Para 2025, el período de inscripción abierta anual se extenderá desde el 1.º de noviembre de 2024 hasta el 15 de diciembre de 2024, para la cobertura que entra en vigencia el 1.º de enero de 2025.

Período de inscripción especial:

Las personas pueden experimentar un evento que reúne los requisitos y que las hará elegibles para solicitar cobertura del cuidado de la salud fuera del período de inscripción abierta anual. Si experimentó un evento que reúne los requisitos, puede solicitar cobertura dentro de los 60 días de ocurrido el evento, excepto en el caso de embarazo o por inscripción de un recién nacido.

Si solicita un período de inscripción especial por embarazo, debe hacerlo dentro de los 30 días a partir del comienzo del embarazo, según lo certificado por un profesional de atención médica autorizado que actúe dentro del alcance de su práctica.

Si solicita un período de inscripción especial para un recién nacido, debe presentar su solicitud dentro de los 91 días posteriores a la fecha de nacimiento del mismo.

Divulgación de la comisión de agente:

La prima para todas las pólizas individuales incluye el costo de usar un agente de seguros autorizado para asistir a las personas a seleccionar un plan. Los agentes de seguros reciben el pago de una tarifa mensual por miembro por mes de \$18 hasta un máximo de \$54 por solicitud.

P.O. Box 4058, Farmington, CT 06034-4058 ■ www.connecticare.com ■ 800-723-2986 (Departamento de Ventas)

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:		
<input type="checkbox"/> Solicitud nueva <input type="checkbox"/> Evento que reúne los requisitos <input type="checkbox"/> Renovación: Número de póliza _____ <input type="checkbox"/> Cambio en la renovación del plan <input type="checkbox"/> Agregar dependiente <input type="checkbox"/> Quitar dependiente <input type="checkbox"/> Otro _____		Fecha de entrada en vigencia (mm/dd/aaaa)
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a (unión civil) <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente <input type="checkbox"/> Sociedad doméstica (se requiere declaración jurada)		Dirección de correo electrónico
Número de teléfono principal: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		Número de teléfono secundario: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
Dirección residencial (no se aceptará si solo se proporciona el apartado postal [PO Box])		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si difiere de la dirección residencial: se aceptará el apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal

Suscriptor/Dependientes	Agregar	Eliminar	Número de Seguro Social (obligatorio)	Sexo al nacer: ¿Qué sexo se le asignó al nacer?	Identidad de género: ¿Cuál es su identidad de género actual?	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Proveedor de atención primaria
Solicitante/Suscriptor (Nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género X <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario/género X/género queer o tercer género <input type="checkbox"/> Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		
Cónyuge/unión civil/pareja de hecho* (Nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género X <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario/género X/género queer o tercer género <input type="checkbox"/> Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		
Dependiente 1 (Primer nombre, inicial del segundo nombre/Apellido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género X <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario/género X/género queer o tercer género <input type="checkbox"/> Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		
Dependiente 2 (Primer nombre, inicial del segundo nombre/Apellido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género X <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario/género X/género queer o tercer género <input type="checkbox"/> Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		
Dependiente 3 (Primer nombre, inicial del segundo nombre/Apellido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género X <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario/género X/género queer o tercer género <input type="checkbox"/> Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		

*Pareja doméstica: La declaración jurada o el formulario de sociedad doméstica se debe completar y enviar con la solicitud.

Información de seguro adicional (CAMPOS OBLIGATORIOS)	
¿Esta póliza reemplazará cualquier otra póliza de seguro de salud actualmente activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, nombre de la otra compañía de seguro: _____ Si es ConnectiCare, proporcione el número de póliza: _____	Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Individual
¿Usted o algunos de sus dependientes está inscrito en Medicare o algún programa de Medicare Advantage? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la persona y el tipo de cobertura: _____	

Empleado

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? Él/lo Ella/la Ellos/les Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Queer, pansexual y/o en cuestionamiento No sé
 Otra opción no especificada (algo más) Prefiero no revelar

Formato accesible: No corresponde B - Braille L - Letra grande A - CD de audio Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, puertorriqueño Sí, dominicano Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano Sí, otro origen hispano, latino o español Sí, cubano Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? Blanco Negro o afroamericano Indio asiático Indio americano/Nativo de Alaska Nativo hawaiano Chino Filipino
 Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Medio Oriental/Norteafricano Dos o más razas
 Alguna otra raza Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? Inglés Español Chino/Cantonés Chino/Mandarín Ruso Francés Creole (Haitiano Creole) Bengálí Yiddish
 Francés Italiano Coreano Árabe Polaco Tagalo Griego Albanés Urdu Vietnamita Portugués Hindi Lenguaje de señas americano Otro idioma
 Prefiero no revelar

Cónyuge

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? Él/lo Ella/la Ellos/les Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Queer, pansexual y/o en cuestionamiento No sé
 Otra opción no especificada (algo más) Prefiero no revelar

Formato accesible: No corresponde B - Braille L - Letra grande A - CD de audio Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, puertorriqueño Sí, dominicano Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano Sí, otro origen hispano, latino o español Sí, cubano Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? Blanco Negro o afroamericano Indio asiático Indio americano/Nativo de Alaska Nativo hawaiano Chino Filipino
 Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Medio Oriental/Norteafricano Dos o más razas
 Alguna otra raza Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? Inglés Español Chino/Cantonés Chino/Mandarín Ruso Francés Creole (Haitiano Creole) Bengálí Yiddish
 Francés Italiano Coreano Árabe Polaco Tagalo Griego Albanés Urdu Vietnamita Portugués Hindi Lenguaje de señas americano Otro idioma
 Prefiero no revelar

Dependiente 1

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? Él/lo Ella/la Ellos/les Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Queer, pansexual y/o en cuestionamiento No sé
 Otra opción no especificada (algo más) Prefiero no revelar

Formato accesible: No corresponde B - Braille L - Letra grande A - CD de audio Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, puertorriqueño Sí, dominicano Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano Sí, otro origen hispano, latino o español Sí, cubano Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? Blanco Negro o afroamericano Indio asiático Indio americano/Nativo de Alaska Nativo hawaiano Chino Filipino
 Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Medio Oriental/Norteafricano Dos o más razas
 Alguna otra raza Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? Inglés Español Chino/Cantonés Chino/Mandarín Ruso Francés Creole (Haitiano Creole) Bengálí Yiddish
 Francés Italiano Coreano Árabe Polaco Tagalo Griego Albanés Urdu Vietnamita Portugués Hindi Lenguaje de señas americano Otro idioma
 Prefiero no revelar

Dependiente 2

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? Él/lo Ella/la Ellos/les Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Queer, pansexual y/o en cuestionamiento No sé
 Otra opción no especificada (algo más) Prefiero no revelar

Formato accesible: No corresponde B - Braille L - Letra grande A - CD de audio Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, puertorriqueño Sí, dominicano Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano Sí, otro origen hispano, latino o español Sí, cubano Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? Blanco Negro o afroamericano Indio asiático Indio americano/Nativo de Alaska Nativo hawaiano Chino Filipino
 Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Medio Oriental/Norteafricano Dos o más razas
 Alguna otra raza Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? Inglés Español Chino/Cantonés Chino/Mandarín Ruso Francés Creole (Haitiano Creole) Bengálí Yiddish
 Francés Italiano Coreano Árabe Polaco Tagalo Griego Albanés Urdu Vietnamita Portugués Hindi Lenguaje de señas americano Otro idioma
 Prefiero no revelar

Dependiente 3

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? Él/lo Ella/la Ellos/les Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Queer, pansexual y/o en cuestionamiento No sé
 Otra opción no especificada (algo más) Prefiero no revelar

Formato accesible: No corresponde B - Braille L - Letra grande A - CD de audio Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, puertorriqueño Sí, dominicano Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano Sí, otro origen hispano, latino o español Sí, cubano Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? Blanco Negro o afroamericano Indio asiático Indio americano/Nativo de Alaska Nativo hawaiano Chino Filipino
 Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Medio Oriental/Norteafricano Dos o más razas
 Alguna otra raza Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? Inglés Español Chino/Cantonés Chino/Mandarín Ruso Francés Creole (Haitiano Creole) Bengalí Yiddish
 Francés Italiano Coreano Árabe Polaco Tagalo Griego Albanés Urdu Vietnamita Portugués Hindi Lenguaje de señas americano Otro idioma
 Prefiero no revelar

PARTE RESPONSABLE:

Nombre	Apellido	Correo electrónico	Número de teléfono <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Domicilio		Ciudad	Estado	Cód. postal

SECCIÓN DEL AGENTE:

Número de productor nacional (NPN)	Correo electrónico:
Nombre del agente (en letra de imprenta)	Firma del agente ▶

PLANES 2025 (Seleccione una opción. La farmacia está incluida en todas las opciones de planes SOLO).

Planes de beneficios POS - Deducible dentro de la red: <input type="checkbox"/> Choice SOLO POS Coseguro \$4,000 de deduc. <input type="checkbox"/> Choice SOLO POS Copago/coseguro \$5,500 30 % de deduc. <input type="checkbox"/> Choice SOLO POS Copago/coseg. \$6,000 de deduc.	Planes de beneficios HMO - Deducible dentro de la red: <input type="checkbox"/> Choice SOLO HMO Copago/coseg. \$7,700 de deduc.
Planes compatibles con HSA - Deducible dentro de la red:	
<input type="checkbox"/> Choice SOLO POS HSA Coseg. \$3,500 de deduc. <input type="checkbox"/> Choice SOLO POS HSA Coseg. \$6,000 de deduc. <input type="checkbox"/> Choice SOLO HMO HSA \$6,500 de deduc.	Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA) Una HSA es una cuenta con fondos libres de impuestos que pueden utilizarse para pagar gastos médicos calificados o gastos de farmacia. ConnectiCare se ha asociado con Health Equity para brindar este servicio a nuestros clientes. Los beneficios incluyen una integración completa de la inscripción y el pago de reclamaciones. Confirme si desea abrir una cuenta con Health Equity: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cobertura dental para adultos: <input type="checkbox"/> DEDUCIBLE DE \$25, 100%/100%/0%, monto máximo ilimitado, sin ortodoncia. Nota: La cobertura dental pediátrica para niños menores de 26 años está incluida en virtud del plan.	

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Se debe llenar cuando el solicitante no pueda completar la solicitud.

Yo, _____, leí y completé personalmente la presente solicitud en nombre del solicitante que se menciona a continuación debido a lo siguiente:

El/la solicitante no sabe leer en inglés El/la solicitante no sabe hablar en inglés El/la solicitante no sabe escribir en inglés

Otro (explicar): _____

Estoy calificado/a para traducir el contenido de este formulario y he traducido esta información a: _____

A mi leal saber y entender, he obtenido y listado toda la información proporcionada por el solicitante. También traduje y expliqué en su totalidad las declaraciones anteriores.

Firma del traductor/a (obligatorio) Fecha de hoy

TÉRMINOS, CONDICIONES Y CONSENTIMIENTO

Importante: El solicitante, cónyuge/pareja y todos los dependientes mayores de 18 años deben firmar este formulario. Yo (nosotros) acepto (aceptamos) firmar aquí, reconozco y acepto que soy residente del estado de Connecticut y que he leído y comprendo la información que aparece en todas las páginas de este formulario. También acepto que el consentimiento del miembro que aparece a continuación es válido mientras yo esté inscrito en un plan de salud de ConnectiCare. Certifico que he completado personalmente esta solicitud en mi propio nombre y en nombre de mis dependientes, quienes son menores de 18 años y han sido mencionados en la solicitud. Garantizo que las respuestas y declaraciones que aparecen en el presente son verdaderas, están completas y han sido registradas correctamente, a mi leal saber y entender. Reconozco que he recibido una copia del resumen de la cobertura para el plan que he seleccionado. Reconozco y acepto que estoy autorizado a realizar estas declaraciones en nombre de cualquier dependiente menor de 18 años. Además, comprendo y acepto lo siguiente: (1) esta solicitud no me proporciona una cobertura inmediata; (2) el agente solo está autorizado a presentar esta solicitud; (3) si, a sabiendas, he proporcionado información incorrecta o incompleta en esta solicitud, ConnectiCare podría rescindir cualquier póliza dentro de los dos años de su emisión. Esto significa que ConnectiCare cancelará la cobertura como si la póliza nunca hubiese existido; y (4) he leído y completado esta solicitud personalmente, entiendo que esta solicitud será parte del contrato entre ConnectiCare y yo; y acepto estar sujeto a los términos de dicho contrato. Comprendo que los números de teléfono que he proporcionado en esta solicitud podrían ser utilizados por ConnectiCare o cualquiera de sus partes contratadas para comunicarse conmigo acerca de mi cuenta, la provisión de servicios para mí o mi plan de beneficios de salud o programas relacionados. **ESTE PLAN SE EMITE DE FORMA INDIVIDUAL Y ES REGULADO COMO UN PLAN DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL.**

► _____
Firma del solicitante Fecha

Nombre del padre/madre/tutor legal en letra de imprenta (si corresponde)

► _____
Firma del cónyuge/pareja (si corresponde) Fecha

► _____
Firma del dependiente (18 años o más) Fecha

► _____
Firma del dependiente (18 años o más) Fecha

► _____
Firma del dependiente (18 años o más) Fecha

IMPORTANTE: CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO

En mi nombre y en nombre de mi cónyuge o mis dependientes, por el presente, autorizo a todo médico, hospital, proveedor, aseguradora, ConnectiCare Inc. (CCI) o una afiliada de CCI, o a otra organización o persona que tenga registros, datos o información con respecto a mi historial de salud o seguro médico, o de miembros de mi familia, incluidos, entre otros, información sobre salud mental, uso de sustancias o alcohol, o afecciones relacionadas con el VIH o SIDA, a transferir dichos registros, datos o información a toda persona o compañía en la medida en que sean requeridos para proporcionar tratamiento, pagar reclamaciones, realizar investigaciones, cumplir con las obligaciones contractuales de CCI y realizar otras operaciones para administrar mi plan de beneficios. Comprendo que el aviso de privacidad de CCI contiene una descripción más completa de los fines para los cuales puede utilizarse o divulgarse información sobre mí y mis dependientes, y que tengo derecho a revisar el aviso de privacidad antes de firmar este consentimiento. Comprendo que CCI puede cambiar dicho aviso en cualquier momento, pero me proporcionará una copia del aviso modificado. Comprendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede utilizar o divulgar la información sobre mí y mi(s) dependiente(s) para lograr la administración del plan, y que CCI no tiene la obligación de aceptar las restricciones solicitadas. Comprendo que esta autorización es válida por el término de mi cobertura y la de mis dependientes según el plan. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización de divulgación de historiales clínicos en cualquier momento si presento un aviso por escrito ante CCI, siempre que CCI u otros no hayan tomado medidas con base en esta autorización. Entiendo que, si ejerzo ese derecho, es posible que CCI no logre arreglar una reclamación y puede terminar mi póliza de seguro porque mi revocación de la autorización no le permite a CCI pagar reclamaciones, realizar una investigación, cumplir con las obligaciones contractuales de CCI o realizar otras operaciones para administrar mi plan de beneficios. Declaro que conservé una copia de esta autorización.

Comprendo que toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presenta una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información falsa considerable, o encubre, con el propósito de engañar, información respecto de un hecho importante relacionado, comete un acto de fraude de seguro que se considera un delito punible con sanciones, encarcelamiento y restitución según las leyes aplicables.

Divulgación de cociente de pérdida médica

La tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos se define como la proporción de las reclamaciones hechas con respecto a la prima devengada en el año calendario anterior para los planes de atención administrada emitidos en Connecticut. Las reclamaciones se limitarán a los gastos médicos para servicios y suministros provistos a las personas inscritas y no incluirán gastos por exceso de pérdidas (“stop loss”), reaseguro, programas educativos para las personas inscritas, u otros programas o características de contención de costos.

El cociente de pérdida médica federal tiene el mismo significado que el que se indica en virtud de y se calcula en conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA), PL 111-148, según sus enmiendas ocasionales, y las reglamentaciones adoptadas allí expuestas.

- Tasa estatal de pérdidas para la industria de seguros médicos para el año calendario 2023 para ConnectiCare, Inc. (CCI): <83.0 %>.
- Tasa federal de pérdidas para la industria de seguros médicos para el año calendario 2023 para ConnectiCare, Inc. (CCI):
 - Individual <84.7 %>
 - Grupo pequeño N/A
 - Grupo grande 89.6 %
- Tasa estatal de pérdidas para la industria de seguros médicos para el año calendario 2023 para ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI): <90.7 %>.
- Tasa federal de pérdidas para la industria de seguros médicos para el año calendario 2023 para ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI):
 - Individual <91.7 %>
 - Grupo pequeño <91.6 %>
 - Grupo grande <91.9 %>

SOLO PARA USO COMERCIAL:

Fecha de recepción:	Fecha de procesamiento/iniciales:
Fecha de auditoría/iniciales:	Número de cuenta:

ConnectiCare Testimonio de evento que reúne los requisitos

Una persona puede experimentar un **evento que reúne los requisitos** y que les haga elegible para solicitar cobertura del cuidado de la salud fuera del período de inscripción abierta. A esto se lo denomina **Período de inscripción especial**. Este formulario sirve para dar fe de mi elegibilidad para el Período de inscripción especial. Al firmar a continuación, certifico lo siguiente:

A mi leal saber y entender, soy elegible para presentar una solicitud porque he experimentado el evento que reúne los requisitos seleccionado a continuación el ____/____/____:

Mes Día Año

Perdí mi cobertura

Una persona o alguno de los dependientes pierden la cobertura esencial mínima (MEC) que no se debe a la falta de pago de la prima o a haber proporcionado información falsa en una solicitud previa.

Perdí mi cobertura grupal del empleador

- Finalización del empleo
- Muerte de un empleado cubierto
- Elegibilidad del empleado cubierto para Medicare
- Reducción en la cantidad de horas de trabajo
- El empleador ya no ofrece cobertura de salud

Gané un dependiente o me convertí en uno

- A través del matrimonio
- Nacimiento, adopción o puesta en adopción o en custodia

Otras razones

- Un individuo o sus dependientes se vuelven elegibles para un Acuerdo de Reembolso de Salud para Cobertura Individual (ICHRA, siglas en inglés)
- Orden de manutención infantil u otra orden judicial
- Divorcio o separación legal
- Pérdida del estado de dependiente (el dependiente cumplió 26 años)
- Una persona recibe confirmación médica, por escrito, de un embarazo por parte de un profesional de atención médica autorizado durante los primeros 30 días del comienzo del embarazo
- Cambio en la elegibilidad para créditos tributarios en las primas adelantados o reducciones en los costos compartidos
- Me mudé al área de servicio de ConnectiCare
- Error en la inscripción
- El plan u otra compañía de seguro violó una disposición del contrato para mi plan
- Liberado de encarcelamiento (cárcel o prisión)

- Comprendo que debo proporcionar pruebas de mi evento que reúne los requisitos y que la cobertura no entrará en vigencia hasta que ConnectiCare reciba y valide estas pruebas.
- Entiendo y acepto que si, a sabiendas, he proporcionado información incorrecta o incompleta, ConnectiCare podría rescindir mi póliza dentro de los dos años de su emisión, lo que significa que ConnectiCare cancelará la cobertura como si la póliza nunca hubiese existido.
- Comprendo que cualquier persona o compañía que sufra una pérdida debido a alguna declaración falsa que se encuentre en este testimonio podría presentar acciones civiles en mi contra para recuperar sus pérdidas, incluidos los honorarios de los abogados.
- Comprendo que cualquier acto, práctica u omisión que constituya una declaración fraudulenta o la tergiversación intencional de un hecho significativo en el testimonio o la solicitud se considera un delito punible con sanciones, encarcelamiento y restitución según las leyes aplicables, y podría resultar en el rechazo de los beneficios, la rescisión o la cancelación de mi cobertura.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha



Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia en idiomas y ayudas y servicios auxiliares

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **800-251-7722** (TTY: **711**) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **800-251-7722** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

Português do Brasil (Portuguese) ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para **800-251-7722** (TTY: **711**) ou fale com seu provedor.

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **800-251-7722** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 **800-251-7722** (文本电话: **711**) 或咨询您的服务提供商。

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **800-251-7722** (tty: **711**) o parla con il tuo fornitore.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliares appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **800-251-7722** (TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan **800-251-7722** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются

бесплатно. Позвоните по телефону **800-251-7722** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Việt (Vietnamese) LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số **800-251-7722** (Người khuyết tật: **711**) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **800-251-7722** (**711**) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **800-251-7722** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndhma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **800-251-7722** (TTY: **711**) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। **800-251-7722** (TTY: **711**) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **800-251-7722** (TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **800-251-7722** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

AVISO DE POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal

ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, incluidas las características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, ni estereotipos de sexo. ConnectiCare no excluye a las personas ni las trata menos favorablemente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ConnectiCare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayuda y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, lo que puede incluir:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el coordinador de derechos civiles llamando a servicios para miembros al **800-251-7722** (TTY: **711**).

Si considera que ConnectiCare no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante el coordinador de derechos civiles escribiendo a la dirección ConnectiCare Grievance and Appeals Department, P.O. Box 4061, Farmington, CT 06034-4061; enviando un fax al **800-319-0089**; o llamando a servicios para miembros al **800-251-7722**. (Marque **711** para los servicios TTY). Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o el portal para miembros. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Reclamos y Apelaciones de ConnectiCare está disponible para asistirlo. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo o teléfono a: **Departamento de Salud y Servicios Humanos (Estados Unidos) (DHHS), 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 800-368-1019** (TTY: **800-537-7697**).

Los formularios de queja están disponibles en **hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Este aviso está disponible en el sitio web de ConnectiCare:
espanol.connecticare.com/legal/nondiscrimination.