

<p>C. Opciones de planes Seleccione la opción de plan médico deseado. No podemos otorgarle un plan médico sin un plan dental pediátrico.</p>	
<p>Médico (Marque una opción)</p>	<p>Planes Horizon Advantage Lo alentamos a elegir un médico de atención primaria (PCP) en la Sección F para optimizar sus beneficios.</p> <p><input type="checkbox"/> Horizon Advantage EPO Silver <input type="checkbox"/> Horizon Advantage EPO Bronze <input type="checkbox"/> Horizon Advantage EPO Essentials. Debe ser menor de 30 años o presentar una notificación de elegibilidad para una exención del Mercado de Seguros si tiene 30 años o más.</p> <p>Planes de salud OMNIA</p> <p><input type="checkbox"/> OMNIA Gold <input type="checkbox"/> OMNIA Silver <input type="checkbox"/> OMNIA Silver HSA <input type="checkbox"/> OMNIA Bronze HSA</p>
<p>Unidad médica (marque una opción): <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Dos adultos <input type="checkbox"/> Adulto e hijo(s)</p>	
<p>Dental pediátrico y dental pediátrico familiar (obligatorio)</p>	<p>Opciones de planes dentales pediátricos independientes (SAPD, en inglés): La ley federal requiere que las diez categorías de beneficios de salud esenciales que incluyen beneficios dentales pediátricos estén disponibles para usted, ya sea que tenga o no dependientes menores de 19 años. Debido a que las opciones de planes médicos anteriores no incluyen beneficios dentales pediátricos, debe presentar una garantía de que tiene o que obtendrá un plan SAPD certificado por el Mercado de Seguros. Los inscribiremos automáticamente a usted y a sus dependientes asegurados en el plan Horizon Young Grins SAPD, a menos que usted tenga Horizon Young Grins, Horizon Family Grins, Horizon Family Grins Plus o seleccione una de las opciones siguientes.</p> <p><input type="checkbox"/> Quiero adquirir un plan dental pediátrico familiar que proporcione cobertura SAPD certificada por el Mercado de Seguros para personas menores de 19 años, además de la cobertura de servicios dentales para personas cubiertas mayores de 19 años en lugar del plan Horizon Young Grins SAPD.</p> <p>Plan (marque una opción): <input type="checkbox"/> Horizon Family Grins <input type="checkbox"/> Horizon Family Grins Plus</p> <p><input type="checkbox"/> Adquiriré un plan SAPD certificado por el Mercado en línea con otra compañía aseguradora. Acepto presentar de inmediato información que demuestre esta cobertura a Horizon BCBSNJ si la solicitan, la cual puede incluir la Evidencia de Cobertura, el nombre del emisor y el número de póliza correspondiente. Doy fe que esta información es exacta y acepto eximir a Horizon BCBSNJ de la responsabilidad por cualquier daño, pérdida monetaria o responsabilidad relacionada con haberse basado en su representación.</p>

D. Otras personas cubiertas bajo la póliza Identifique a las personas aparte de usted para quienes está agregando/cambiando/retirando la cobertura. Adjunte páginas adicionales con la fecha y firmadas por usted, si es necesario. Adjunte la prueba de discapacidad.

1. CÓNYUGE/PAREJA EN UNIÓN CIVIL/PAREJA EN UNIÓN LIBRE Agregar Retirar Otra

Apellido (si el apellido es diferente al del solicitante, adjunte un comprobante): Primer nombre: Inicial del segundo nombre:

N.º de Seguro Social: Fecha de nacimiento: Sexo: M F ¿La dirección de la casa es la misma que la del solicitante? Sí No
MM DD AAAA

Si no es así, proporcione la dirección de la casa y explique por qué la dirección es diferente: _____

Dirección de la casa: Calle Apto.:

Ciudad: Estado: Código postal + 4: -

¿Es usted elegible para Medicare? Sí No
¿Está cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare? Sí No
¿Tiene cualquier otra cobertura de salud? Sí No *Si la respuesta es sí, ¿por qué está solicitando cobertura individual y cuál es su fecha de finalización prevista?*

2. HIJO Agregar Retirar Otro

Apellido (si el apellido es diferente al del solicitante, adjunte un comprobante): Primer nombre: Inicial del segundo nombre:

N.º de Seguro Social: Fecha de nacimiento: Sexo: M F ¿Vive con el solicitante? Sí No
Si la respuesta es No, complete la Sección E
MM DD AAAA

¿Es usted elegible para Medicare? Sí No
¿Está cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare? Sí No
¿Tiene cualquier otra cobertura de salud? Sí No *Si la respuesta es sí, ¿por qué está solicitando cobertura individual y cuál es su fecha de finalización prevista?*

3. HIJO Agregar Retirar Otro

Apellido (si el apellido es diferente al del solicitante, adjunte un comprobante): Primer nombre: Inicial del segundo nombre:

N.º de Seguro Social: Fecha de nacimiento: Sexo: M F ¿Vive con el solicitante? Sí No
Si la respuesta es No, complete la Sección E
MM DD AAAA

¿Es usted elegible para Medicare? Sí No
¿Está cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare? Sí No
¿Tiene cualquier otra cobertura de salud? Sí No *Si la respuesta es sí, ¿por qué está solicitando cobertura individual y cuál es su fecha de finalización prevista?*

E. Información de un hijo adicional *A continuación, proporcione información acerca de los hijos que figuran en la Sección D, si tienen una dirección diferente. Si hay varios niños en una dirección, puede mencionarlos juntos. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario, firmadas y con la fecha.*

Nombre:

Dirección de la casa: Calle Apto.:

Ciudad: Estado: Código postal + 4: -

Razón: _____

Nombre:

Dirección de la casa: Calle Apto.:

Ciudad: Estado: Código postal + 4: -

Razón: _____

F. Selección de médicos de atención primaria (PCP, en inglés) de los planes Horizon Advantage. Elegir un PCP para usted y cada uno de sus dependientes no es obligatorio, pero le ayudará a optimizar sus beneficios. Adjunte páginas adicionales con la fecha y firmadas por usted, si es necesario.

1. Solicitante

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Nombre del médico de atención primaria: _____ Paciente actual: Sí: No:
 Dirección del médico de atención primaria: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____
 NPI #: _____ Código LOC: _____

2. Cónyuge/pareja de hecho/pareja en unión libre

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Nombre del médico de atención primaria: _____ Paciente actual: Sí: No:
 Dirección del médico de atención primaria: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____
 NPI #: _____ Código LOC: _____

3. Hijo

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Nombre del médico de atención primaria: _____ Paciente actual: Sí: No:
 Dirección del médico de atención primaria: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____
 NPI #: _____ Código LOC: _____

4. Hijo

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Nombre del médico de atención primaria: _____ Paciente actual: Sí: No:
 Dirección del médico de atención primaria: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____
 NPI #: _____ Código LOC: _____

G. Raza/etnia Agradecemos su respuesta, pero NO es obligatoria. Elija la categoría que mejor lo describa:

- Indígena americano o Nativo de Alaska Negro, no de origen hispano Hispano
 Asiático o de una Isla del Pacífico Blanco, no de origen hispano

H. Información del pago Indique cómo le gustaría hacer el pago.

Cheque Giro postal Giro bancario automático único (solo para el pago de la prima inicial)
 Proporcione información del banco para un giro bancario automático: Número de ruta # _____ Cuenta # _____
 Tarjeta de crédito o débito: Visa MasterCard
 N.º de la tarjeta de crédito o débito: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/____
 Nombre del titular de la tarjeta: _____

I. Firma del solicitante

Declaro que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa. Por este medio acepto las Condiciones de inscripción establecidas en este formulario de solicitud de inscripción/cambio no grupal.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

J. Firma del corredor de seguros/agente de seguros general

Firma del preparador: _____ Fecha: ____/____/____ NPN#: _____
 Nombre del agente de seguros en letra de molde: _____
 Corredor de seguros/agente de seguros general: _____ N.º de identificación del proveedor/agente de seguros _____

INSTRUCCIONES Y REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Instrucciones

- Excepto por la Sección G, tiene que completar las secciones A hasta la I, y firmar y colocar la fecha en este formulario, así como cualquier otra página que tenga que enviar con este para proporcionar la información adicional solicitada.
- ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE excepto cuando se solicite una firma.
- Para la Sección A, tipo de actividad:
 - Si está presentando la solicitud para agregar a un cónyuge, pareja en unión libre, pareja en unión civil o hijo, use la sección “Agregar” y marque la casilla correspondiente. Si el asegurado se está agregando debido a un evento desencadenante, use también la sección “Otro cambio”, marque la casilla “Período Especial de Inscripción” y marque la razón correspondiente.
 - Si está presentando la solicitud debido a un evento desencadenante que resultó en un Período de inscripción especial, use la sección “Otro cambio”, marque la casilla “Período Especial de Inscripción”, marque la razón correspondiente y adjunte la prueba del evento desencadenante.
 - Pérdida de elegibilidad para la cobertura mínima esencial, pero no si la perdió debido a la falta de pago de la prima del plan de salud.
 - Dependiente cumplió 26 o 31 años y perdió la cobertura
 - Matrimonio (al menos 1 de los cónyuges debe haber tenido cobertura durante por lo menos 1 día dentro de los 60 días previos).
 - Nacimiento, adopción o colocación para adopción, colocación en custodia temporal.
 - Orden de manutención infantil u otra orden del tribunal que requiera cobertura.
 - Obtuvo acceso a los planes de New Jersey como resultado de una mudanza permanente a New Jersey (debe haber tenido cobertura durante por lo menos 1 día dentro de los 60 días previos).
 - El Mercado de Seguros cambió su determinación del subsidio.
 - La Solicitud que presentó a NJ FamilyCare durante el Período de Inscripción Abierta o durante el Período de Inscripción Especial no es elegible.
 - Maltrato doméstico o abandono del cónyuge que requiere cobertura al margen de la cobertura del perpetrador.
 - Si un hijo dependiente está discapacitado y usted quiere continuar con su cobertura más allá de los 26 años de edad, seleccione la casilla “Otro”, en “Otro cambio” en la Sección A y adjunte prueba de la discapacidad.
- Elegible para Medicare significa que la persona cumple con los requisitos para Medicare, pero aún no se ha inscrito. Cubierto bajo las Partes A o B de Medicare significa que usted tiene Medicare y NO puede inscribirse en un plan individual.
- Para los planes Horizon Advantage, no es obligatorio elegir un médico de atención primaria (PCP) para usted y para cada uno de sus dependientes asegurados, pero ayudará a optimizar sus beneficios. Usted puede obtener los nombres y las direcciones correctas de los proveedores en el directorio de proveedores correspondiente. También puede obtener el número NPI de cada proveedor y el Código Loc del directorio de proveedores o en HorizonBlue.com/doctorfinder. Los proveedores con varias ubicaciones de consultorios y los proveedores individuales que pertenecen a más de una clínica o entidad de proveedores podrían tener más de un número de NPI. Debe confirmar el número de NPI correcto del proveedor específico y la ubicación del consultorio donde lo atenderán, al comunicarse a ese consultorio directamente.
- Para las direcciones de los proveedores, incluya el código postal además de la extensión de cuatro dígitos (9 dígitos).
- SI TIENE ALGUNA PREGUNTA relacionada con los beneficios y los servicios provistos o excluidos bajo esta póliza, comuníquese con un representante de ventas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, llamando al **1-888-425-5611** o con su corredor de seguros antes de firmar este formulario.
- ¡UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD COMPLETA! Se puede usar una copia de esta solicitud como tarjeta de identificación temporal como asegurado durante 30 días a partir de la fecha de entrada en vigor, si Horizon BCBSNJ lo autoriza. Tiene que verificar la cobertura con Horizon BCBSNJ antes de acudir con un médico o ser admitido en un hospital.
- Debe enviarnos este formulario por correo postal, correo electrónico o fax:
 - Enviar por correo postal a: Horizon BCBSNJ
Attn: Consumer Enrollment Dept.
P.O. Box 1330
Newark, NJ 07101-1330
 - Enviar por correo electrónico a: **individualapplication@HorizonBlue.com**
 - Enviar por fax a: 973-274-4413

Elegibilidad médica

- A. Los requisitos de elegibilidad se establecen bajo la Ley de Reforma de Cobertura Médica Individual de 1992, P.L. 1992, c. 161 (N.J.S.A. 17B: 27A-2 et seq.). 17B: 27A-2 et seq.).
- B. Usted DEBE ser residente de New Jersey, lo que significa que su residencia principal está en New Jersey.
- C. NO tiene que estar cubierto bajo las Partes A o B de Medicare.
- D. Si se presenta una solicitud para el plan Horizon Advantage EPO Essentials aplican los siguientes requisitos adicionales:
 - 1. Debe ser menor de 30 años de edad o
 - 2. Debe tener una notificación de elegibilidad para una exención con un Número de Certificado de Exención (ECN, en inglés) del Mercado de Seguros. Adjunte una copia a su solicitud.

El Período de inscripción abierta es el período designado cada año durante el cual puede presentar una solicitud o cambiar la cobertura para usted y para los miembros de su familia que actualmente no tienen cobertura de seguro médico o tienen cobertura bajo un plan de salud grupal, plan de beneficios de salud grupal, un plan del gobierno o un plan de la iglesia. El Período de inscripción abierta comienza en 1.º de noviembre y continúa hasta el 15 de diciembre. Su solicitud debe estar firmada, con fecha y enviada durante el Período de inscripción abierta anual. La fecha de entrada en vigor de la cobertura para la que se presentó solicitud antes del 15 de diciembre, será el 1.º de enero del año inmediato siguiente.

Un Período de inscripción especial que dura 60 días ocurre después de los Sucesos desencadenantes indicados antes. La fecha de entrada en vigor de la nueva póliza será a más tardar el 1.º o el 15 del mes después de recibir la solicitud. Además, si el Suceso desencadenante es la pérdida de elegibilidad para la cobertura esencial mínima, el Período especial de inscripción incluye los 60 días antes del Suceso desencadenante.

NOTA: Si actualmente tiene cobertura, el plan para el que está presentando solicitud tiene que REEMPLAZAR la cobertura actual, pero NO DEBE cancelarla hasta que la nueva cobertura entre en vigor.

Elegibilidad dental pediátrica:

- A. No hay restricciones de edad para inscribirse en el plan dental pediátrico o en el plan dental pediátrico familiar. Sin embargo, cuando un solicitante mayor de 19 años de edad se inscribe en un plan Horizon Young Grins SAPD, a él o ella no se les cobrará una prima del plan de salud y no tendrán beneficios dentales pediátricos. El plan Horizon Young Grins SAPD solo proporciona cobertura hasta el final del mes en el que una persona cumple 19 años de edad.
- B. Usted DEBE ser residente de New Jersey, lo que significa que su residencia principal está en New Jersey.
- A. Si se inscribe en un plan dental pediátrico o plan dental pediátrico familiar al mismo tiempo que se inscribe en un plan médico, su cobertura dental pediátrica o plan dental pediátrico familiar entrará en vigor en la misma fecha que su cobertura médica. Si se inscribe en un plan dental pediátrico o dental pediátrico familiar en cualquier otro momento y se inscribe entre el 1.º y el 14 del mes, la fecha de entrada en vigor es el 15 del mes. Si se inscribe del 15 al final del mes, la fecha de entrada en vigor es el 1.º del siguiente mes.

CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN - ACEPTACIÓN DEL SOLICITANTE Y ACUERDOS

En mi nombre y en nombre de los dependientes que se incluyen en este Formulario de solicitud de inscripción/cambio, declaro que:

- 1. Autorizo a cualquier médico o profesional médico, hospital, clínica u otra institución de atención médica, compañía aseguradora, agencia de elaboración de informes del consumidor y cualquier empleador para que le dé a Horizon BCBSNJ o a cualquier agencia de elaboración de informes del consumidor que actúe en nombre de Horizon BCBSNJ, información relacionada con un empleo, otra cobertura médica y asesoría médica, tratamiento o suministros para cualquier condición física o mental relacionada conmigo o con un derechohabiente menor que solicite cobertura. Acepto que esta autorización será válida durante 30 meses a partir de la fecha en que firme este formulario de inscripción/solicitud de cambio, a menos que se revoque en una fecha previa.
- 2. Acepto que, si revoco esta autorización antes de su vencimiento, esta revocación no afectará ninguna acción que Horizon BCBSNJ haya tomado con base en la autorización.
- 3. Entiendo que podría recibir una copia de esta autorización si la solicito.
- 4. Acepto que Horizon BCBSNJ proveerá la cobertura de acuerdo con los términos del contrato para el plan individual.
- 5. Entiendo que mi inscripción y la inscripción de mis dependientes mencionados en un plan individual de Horizon BCBSNJ está condicionada a la aceptación de parte de Horizon BCBSNJ.
- 6. Acepto que la provisión de la cobertura y los beneficios dependen del pago de las primas del plan de salud y pueden ser cancelados de acuerdo con los términos de la póliza individual si las primas del plan de salud no se pagan a tiempo.

Declaraciones falsas

Cualquier persona que incluya una declaración falsa o información engañosa en este formulario está sujeta a sanciones criminales y civiles.

¹ Horizon BCBSNJ se refiere a Horizon Healthcare Services, Inc., cuyo nombre comercial es Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey o cualquiera de sus subsidiarias de propiedad exclusiva, incluso Horizon Insurance Company, Horizon Healthcare Dental, Inc. y Horizon Healthcare of New Jersey cuyo nombre comercial es Horizon NJ Health.