



INSCRIPCIÓN NO GRUPAL/ SOLICITUD DE CAMBIO

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
973-274-4413

Enviar por fax a: HorizonBlue.com

Aplicar en línea: HorizonBlue.com

A. Tipo de actividad - debe completarlo el solicitante *Consulte las instrucciones antes de llenar este formulario. (Marque todas las opciones que correspondan)*

1. AGREGAR	Fecha del evento	Razón	Fecha del evento	Razón
<input type="checkbox"/> Inscripción de un nuevo asegurado	___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> Agregar pareja	___/___/___
<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge	___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> Agregar niño dependiente	___/___/___
<input type="checkbox"/> Agregar pareja en unión civil	___/___/___	_____		

2. ELIMINAR	Fecha del evento	Razón	Fecha del evento	Razón
<input type="checkbox"/> Eliminar cónyuge	___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> Eliminar pareja	___/___/___
<input type="checkbox"/> Eliminar pareja en unión civil	___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> Eliminar niño dependiente	___/___/___

3. OTRO CAMBIO	Fecha del evento	Razón	Fecha del evento	Razón
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> Agregar/Cambiar	
<input type="checkbox"/> Cambio de plan	___/___/___	_____	Número de ID de oficina:	___/___/___
<input type="checkbox"/> Periodo de Inscripción Especial	___/___/___	_____	Médico de cabecera	_____
			<input type="checkbox"/> Otro	___/___/___

(Consultar las instrucciones para los eventos desencadenantes, marcar el evento desencadenante abajo y adjuntar comprobante)

<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura esencial mínima/pérdida de cobertura	<input type="checkbox"/> Acceso al nuevo plan debido a mudanza permanente	<input type="checkbox"/> Confirmación de embarazo por un proveedor de cuidado de salud
<input type="checkbox"/> Dependiente llegó a la edad de 26 o 31 años y perdió la cobertura	<input type="checkbox"/> Ya no es elegible para el subsidio de mercado	<input type="checkbox"/> Error de inscripción o falta de inscripción por violación de entidad o asegurador
<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Rechazo de NJ FamilyCare	<input type="checkbox"/> Acceso a un acuerdo de reembolso de salud
<input type="checkbox"/> Nacimiento/adopción/colocación en cuidado tutelar/orden de pensión alimenticia/otra orden judicial	<input type="checkbox"/> Abuso doméstico o abandono del cónyuge o pareja	

B. Información del solicitante Agregar Otro cambio Continuar *Si cambió de nombre, indique el nombre anterior: _____*

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

N.º de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Correo electrónico: _____

¿Es residente de New Jersey? Sí No

Residencia principal: Calle _____ Depto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal + 4: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

¿Mantiene usted una casa en algún otro estado/país? Sí No *Si la respuesta es sí:* Nombre del estado/país: _____ Número de meses que vive allí cada año: _____

Otra residencia: Calle _____ Depto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal + 4: _____ Teléfono de casa: _____

Su dirección para enviar la factura: Residencia principal Otra residencia P.O. Box u otro (especificar): _____

¿Es elegible para recibir Medicare? Sí No

¿Tiene usted cobertura bajo la Parte A o Parte B de Medicare? Sí No

Por favor, tenga en cuenta que: Si usted es elegible para Medicare, la póliza individual se coordinará como un pagador secundario al cual pagó o hubiera pagado Medicare. Las pólizas individuales no funcionan como pólizas suplementarias de Medicare.

¿Está cubierto bajo otra cobertura médica? Sí No

Si contestó que sí, ¿por qué está solicitando cobertura individual y cuál es su fecha prevista de cancelación? _____

C. Opciones de plan Por favor seleccione la opción deseada del plan médico. No le podemos emitir un plan médico sin un plan dental pediátrico.

<p>Médico (marcar una)</p>	<p>Planes Horizon Advantage Le recomendamos seleccionar un médico de cabecera (PCP) en la Sección F.</p> <p><input type="checkbox"/> Horizon Advantage EPO Silver <input type="checkbox"/> Horizon Advantage EPO Bronze <input type="checkbox"/> Horizon Advantage EPO Essentials</p> <p>Para el plan Essentials deberá ser menor de 30 años o entregar una notificación de que califica 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 Silver Value <input type="checkbox"/> OMNIA Bronze</p>
<p>Unidad médica (marcar una): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Dos adultos <input type="checkbox"/> Adulto y niño(s)</p>		
<p>Pediatría Dental y Pediatría Dental Familiar (requerida)</p>	<p>Opciones del plan Pediátrico Dental Autónomo (SAPD): La ley federal requiere que se pongan a su disponibilidad las diez categorías de beneficios de salud esenciales las cuales incluyen los beneficios dentales pediátricos, sin importar si tiene o no tiene dependientes menores de 19 años de edad. Debido a que las opciones del plan médico no incluyen los beneficios dentales pediátricos, deberá entregar un comprobante de que tiene u obtendrá un plan SAPD certificado por el Mercado de Seguros. Lo inscribiremos automáticamente a usted y sus dependientes cubiertos en el plan SAPD Horizon Young Grins, a menos que tenga Horizon Young Grins, Horizon Family Grins, Horizon Family Grins Plus o seleccione una de las opciones más abajo.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo quiero comprar un plan dental pediátrico familiar que ofrezca cobertura SAPD certificada por el Mercado de Seguros para individuos menores de 19 años de edad más cobertura dental para personas de 19 años y mayores en lugar del plan Horizon Young Grins SAPD.</p> <p>Plan (marcar una opción): <input type="checkbox"/> Horizon Family Grins <input type="checkbox"/> Horizon Family Grins Plus</p> <p><input type="checkbox"/> Compré un plan SAPD certificado por el Mercado de Seguros de otra aseguradora. Estoy de acuerdo en proporcionar información a Horizon que demuestre mi cobertura inmediatamente si me lo solicitan, esa información puede incluir el comprobante de la cobertura, el nombre de la compañía de seguros y el número de póliza correspondiente. Yo certifico que esta información es precisa y estoy de acuerdo en liberar a Horizon de todo daño o perjuicio, pérdida monetaria o responsabilidad en relación con la confianza en su representación.</p>	

D. Otros individuos cubiertos

Identifique a otros individuos aparte de usted para los cuales está agregando/cambiando/eliminando cobertura. Adjunte páginas adicionales con fecha y su firma de ser necesario. Adjunte comprobante de discapacidad.

1. CÓNYUGE/PAREJA EN UNIÓN CIVIL/PAREJA EN UNIÓN LIBRE Agregar Eliminar Otro

Apellido (si el apellido es diferente del solicitante, adjuntar comprobante):

Primer nombre: Inicial del segundo nombre:

N.º de seguro social:

Fecha de nacimiento: MM DD AAAA

Sexo: M F

¿Misma dirección residencial que el solicitante? Sí No

De no ser así, ingrese la dirección residencial y explicar por qué es diferente _____

Dirección residencial: Calle Depto.:

Ciudad: Estado: Código postal + 4:

¿Es elegible para recibir Medicare? Sí No

¿Tiene usted cobertura bajo la Parte A o Parte B de Medicare? Sí No

¿Está cubierto bajo otra cobertura médica? Sí No *Si contestó que sí, ¿por qué está solicitando cobertura individual y cuál es su fecha prevista de cancelación?* _____

2. NIÑO Agregar Eliminar Otro

Apellido (si el apellido es diferente del solicitante, adjuntar comprobante):

Primer nombre: Inicial del segundo nombre:

N.º de seguro social:

Fecha de nacimiento: MM DD AAAA

Sexo: M F

¿Vive con el solicitante? Sí No **Si contestó No, complete la sección E**

¿Es elegible para recibir Medicare? Sí No

¿Tiene usted cobertura bajo la Parte A o Parte B de Medicare? Sí No

¿Está cubierto bajo otra cobertura médica? Sí No *Si contestó que sí, ¿por qué está solicitando cobertura individual y cuál es su fecha prevista de cancelación?* _____

3. NIÑO Agregar Eliminar Otro

Apellido (si el apellido es diferente del solicitante, adjuntar comprobante):

Primer nombre: Inicial del segundo nombre:

N.º de seguro social:

Fecha de nacimiento: MM DD AAAA

Sexo: M F

¿Vive con el solicitante? Sí No **Si contestó No, complete la sección E**

¿Es elegible para recibir Medicare? Sí No

¿Tiene usted cobertura bajo la Parte A o Parte B de Medicare? Sí No

¿Está cubierto bajo otra cobertura médica? Sí No *Si contestó que sí, ¿por qué está solicitando cobertura individual y cuál es su fecha prevista de cancelación?* _____

E. Información adicional del niño

Proporcione abajo la información sobre los niños enumerados en la sección D, si tienen una dirección diferente. Si hay varios niños en una dirección, los puede agregar todos juntos. Adjunte páginas adicionales conforme sea necesario, con la fecha y su firma.

Nombre:

Dirección: Calle Depto.:

Ciudad: Estado: Código postal + 4:

Razón: _____

Nombre:

Dirección: Calle Depto.:

Ciudad: Estado: Código postal + 4:

Razón: _____

F. Selección del médico de atención primaria (PCP) de Horizon Advantage

Planes Horizon Advantage: no es obligatorio seleccionar un PCP por cada persona. Sin embargo, se aplicará un copago de especialista si no selecciona un PCP o no visita a su PCP seleccionado.

1. SOLICITANTE

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre del médico de cabecera (PCP): _____ Paciente actual: Sí: No:

Dirección del médico de cabecera: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____

NPI #: _____ Código de ubicación: _____

2. CÓNYUGE/PAREJA EN UNIÓN CIVIL/PAREJA EN UNIÓN LIBRE

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre del médico de cabecera (PCP): _____ Paciente actual: Sí: No:

Dirección del médico de cabecera: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____

NPI #: _____ Código de ubicación: _____

3. NIÑO

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre del médico de cabecera (PCP): _____ Paciente actual: Sí: No:

Dirección del médico de cabecera: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____

NPI #: _____ Código de ubicación: _____

4. NIÑO

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre del médico de cabecera (PCP): _____ Paciente actual: Sí: No:

Dirección del médico de cabecera: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____

NPI #: _____ Código de ubicación: _____

Adjunte páginas adicionales con fecha y su firma de ser necesario.

G. Raza/Grupo Étnico *Agradecemos su respuesta pero NO es un requisito. Elija una categoría que lo describa a usted:*

- Indígena americano o nativo de Alaska Negro, sin ascendencia hispana Hispano
 Asiático o isleño del Pacífico Blanco, sin ascendencia hispana

H. Información de pago *Indique cómo le gustaría hacer el pago.*

- Cheque Giro postal Giro bancario automático único (utilizado solo para el pago de la prima inicial)

Ingrese la información bancaria para el giro bancario automático:

Número identificador del banco (routing #): _____ N.º de cuenta _____

- Tipo de tarjeta de crédito o débito: Visa MasterCard Discover

N.º de tarjeta de crédito o débito: _____ Fecha de Expiración: ____/____/____

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.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

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

Firma de la persona que prepara el formulario: _____ Fecha: ____/____/____ NPN#: _____

Nombre del agente de seguros en letra de molde: _____

Corredor de seguros/agente de seguros general: _____ N.º ID de agente/proveedor _____

INSTRUCCIONES Y REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Instrucciones

- Con excepción de la sección G, deberá completar las secciones desde la A a la I, y firmar y fechar este formulario, al igual que las páginas adicionales que deba presentar con el formulario para proveer cualquier otra información adicional requerida.
- ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE excepto cuando se solicite una firma.
- Para la sección A - Tipo de actividad:
 - Si usted está solicitando agregar un cónyuge, una pareja en unión libre, una pareja en unión civil o niño, use la sección «Agregar» y marque la casilla correspondiente. Si usted está agregando un miembro debido a un evento desencadenante, use también la sección «Otro cambio», marque la casilla «Periodo especial de inscripción» y marque la razón correspondiente.
 - Si usted está completando esta solicitud debido a un evento desencadenante que resultó en un Periodo de Inscripción Especial, use la sección «Otro cambio», marque la casilla «Periodo de Inscripción Especial», marque el motivo correspondiente y adjunte el comprobante del evento desencadenante.
 - La pérdida de cobertura esencial mínima/pérdida de cobertura incluye:
 - pérdida de elegibilidad para la cobertura esencial mínima o para la cobertura médicamente necesaria excepto si la pérdida se debe a falta de pago de la prima;
 - falta de renovación voluntaria o no voluntaria de un plan de año no calendario;
 - pérdida de cobertura relacionada con embarazo o acceso a los servicios para el cuidado de salud a través de la cobertura para su hijo no nacido.
 - El dependiente llegó a la edad de 26 o 31 y perdió la cobertura.
 - Matrimonio (al menos 1 cónyuge debe haber tenido cobertura por al menos 1 día dentro de los 60 días previos).
 - Nacimiento, adopción o colocación para adopción, colocación en cuidado tutelar u obtención de la custodia de un hijo por una orden de pensión alimenticia u otra orden judicial, pero solo usted y el nuevo dependiente son elegibles para la inscripción especial.
 - Obtuvo acceso a los planes de New Jersey como resultado de una mudanza permanente a New Jersey (debe haber tenido cobertura por al menos 1 día dentro de los 60 días previos).
 - Determinación del Mercado de Seguros de que usted ya no es elegible para un subsidio.
 - Se determinó que la solicitud para NJ FamilyCare presentada durante el Periodo de Inscripción Abierta o durante un Periodo de Inscripción Especial no era elegible.
 - Abuso doméstico o abandono del cónyuge que necesita cobertura diferente de la del presunto culpable.
 - Confirmación de embarazo de un proveedor de cuidado de salud.
 - Error en la inscripción o falta de inscripción debido a un error, falsificación, falta de ética o inacción de la entidad que ofrece ayuda con la inscripción o la violación de un asegurador respecto de una disposición material del plan con relación a una persona cubierta.
 - Su fecha de inicio en virtud de un acuerdo de reembolso de salud, conocido como ICHRA o QSEHRA.
 - Si un hijo dependiente es discapacitado y usted quiere continuar con su cobertura después de la edad de 26 años, use la sección «Otro cambio», marque la casilla «Otro», describa el motivo y adjunte el comprobante de discapacidad.
- Ser elegible para Medicare significa que la persona satisface los requisitos para Medicare pero todavía no se ha inscrito para Medicare. Cobertura bajo las partes A o B de Medicare significa que usted tiene Medicare y NO se puede inscribir en un plan individual.
- Si el plan que usted seleccionó recomienda que elija a un médico de cabecera (PCP), usted puede obtener los nombres y direcciones correctos de los proveedores utilizando el directorio de proveedores adecuado. También puede obtener el número NPI y el código LOC de cada proveedor del directorio de proveedores o visitando [HorizonBlue.com/doctorfinder](https://www.horizonblue.com/doctorfinder). Puede que los proveedores que tengan varios consultorios y los proveedores individuales que pertenecen a más de una práctica o entidad de proveedor puedan tener más de un número NPI. Usted debe confirmar el número NPI correcto para el proveedor específico y la ubicación del consultorio en donde usted va a recibir los servicios llamando directamente al consultorio.
- Para la dirección del proveedor, incluya el código postal más la extensión de cuatro dígitos (un total de 9 dígitos).
- SI TIENE PREGUNTAS en relación a los beneficios y servicios proporcionados o excluidos bajo esta póliza, contacte a un representante de ventas de Horizon llamando al **1-888-425-5611** o a su agente de seguros antes de firmar este formulario.
- ¡HAGA UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD CUANDO LA HAYA COMPLETADO! Puede usar una copia de este formulario como una tarjeta de identificación (ID) temporal por 30 días a partir de la fecha de inicio si Horizon así lo autoriza. La cobertura debe ser verificada por Horizon antes de visitar a un médico o ingresar a un hospital.
- Nos puede enviar este formulario por correo, correo electrónico o aplicar el línea o por 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
Aplicar en línea: [HorizonBlue.com](https://www.HorizonBlue.com)

Elegibilidad médica

- A. Los requisitos de elegibilidad se establecen bajo la Ley de 1992, P.L. 1992, c. 161 (N.J.S.A. 17B: 27A-2 et seq.) de la Reforma de Cobertura de Salud Individual.
- B. Usted DEBE ser un residente de New Jersey, esto quiere decir que su residencia principal está en New Jersey.
- C. Usted NO debe estar cubierto bajo las Partes A o B de Medicare.
- D. Si está solicitando el Plan Horizon Advantage EPO Essentials, se aplican los siguientes requisitos adicionales:
 - 1. Debe tener 30 años o más o
 - 2. Debe tener una notificación que demuestre que usted califica para una exención, con un número de certificado de exención (ECN) del Mercado de Seguros. Adjunte una copia de esa notificación a su solicitud.

El **Periodo de Inscripción Abierta Anual** comienza el 1 de noviembre y finaliza el 31 de enero cada año y es el periodo de tiempo designado durante el cual puede solicitar o cambiar la cobertura para usted y los miembros de su familia que actualmente no tienen seguro o que estén cubiertos bajo otro plan individual, o que estén cubiertos bajo un plan de salud grupal, un plan de beneficios de salud grupal, un plan gubernamental o un plan de iglesia. Su solicitud debe estar firmada, fechada y debe enviarse por correo durante el periodo de inscripción abierta anual. Si solicita cobertura antes del 31 de diciembre, la fecha de inicio de la cobertura será el 1 de enero del año inmediatamente posterior. Si solicita cobertura entre el 1 de enero y el 31 de enero, la fecha de inicio de la cobertura será el 1 de febrero del mismo año.

Un **Periodo de Inscripción Especial** que dura 60 días ocurre después de que sucedan los eventos desencadenantes mencionados. La fecha de inicio de una nueva póliza será a más tardar el 1º o el día 15 del mes posterior al acuse de recibo de la solicitud. De igual forma, si el evento desencadenante es la pérdida de elegibilidad para la cobertura mínima esencial, el Periodo de Inscripción Especial incluye los 60 días previos al evento desencadenante.

NOTA: Si usted tiene actualmente cobertura, el plan que está solicitando debe REEMPLAZAR la cobertura actual pero usted NO debe cancelar su cobertura actual hasta que la nueva cobertura se haga efectiva.

Elegibilidad Pediátrica Dental:

- A. No existen restricciones de edad para inscribirse en los planes dentales pediátricos o dentales familiares pediátricos. Sin embargo, cuando un solicitante de 19 años de edad o mayor se inscribe en el plan Horizon Young Grins SAPD, no se le cobrará una prima a él o ella y no contará con beneficios dentales pediátricos. El plan Horizon Young Grins SAPD solo proporciona cobertura hasta el final del mes en que la persona cumple la edad de 19 años.
- B. Usted DEBE ser un residente de New Jersey, esto quiere decir que su residencia principal está en New Jersey.
- C. Si usted se inscribe en un plan dental pediátrico o dental familiar pediátrico al mismo tiempo que se inscribe en un plan médico, su cobertura dental pediátrica o dental familiar pediátrica entrará en vigor en la misma fecha que su cobertura médica. Si usted se inscribe en un plan dental pediátrico o dental familiar pediátrico en otro momento y se inscribe del 1º al 14 del mes, la fecha de inicio es el 15 del mes. Si usted se inscribe entre el 15 y finales del mes, la fecha de inicio es el día 1º del siguiente mes.

CONDICIONES PARA LA INSCRIPCIÓN - ACEPTACIÓN DEL SOLICITANTE Y ACUERDOS

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

- 1. Yo autorizo a cualquier médico o profesional médico, hospital, clínica u otra institución médica, asegurador, agencia de reportes del consumidor, y cualquier empleador a proporcionar a Horizon BCBSNJ¹, o cualquier agencia de reportes del consumidor que actúe en nombre de Horizon BCBSNJ, información relacionada con empleo, otra cobertura de salud y asesoría médica, tratamiento o suministros para cualquier padecimiento médico o mental importante para mí o para un dependiente menor que solicite cobertura. Yo estoy de acuerdo en que esta autorización será válida por 30 meses a partir de la fecha de la firma de este formulario de solicitud de inscripción/cambio, salvo que haya sido revocada en una fecha previa.
- 2. Yo estoy de acuerdo en que, si yo revoco esta autorización antes del vencimiento, dicha revocación no deberá afectar ninguna acción que haya tomado Horizon BCBSNJ en dependencia con la autorización.
- 3. Yo entiendo que yo puedo recibir una copia de esta autorización si lo solicito.
- 4. Yo estoy de acuerdo en que Horizon BCBSNJ proporcionará cobertura conforme con los términos y condiciones del contrato para el plan individual.
- 5. Yo entiendo que mi inscripción y la inscripción de mis dependientes mencionados en el plan individual Horizon BCBSNJ está sujeta a la aceptación de Horizon BCBSNJ.
- 6. Yo estoy de acuerdo con que las disposiciones de cobertura y beneficios están supeditados al pago de las primas y se puede cancelar de acuerdo con los términos y condiciones de la póliza individual si las primas no se pagan puntualmente.

Declaraciones falsas

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

¹Horizon BCBSNJ se refiere a Horizon Healthcare Services, Inc., que opera como Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey o cualquiera de sus filiales de propiedad exclusiva incluidas Horizon Insurance Company, Horizon Healthcare Dental, Inc., y Horizon Healthcare of New Jersey que opera como Horizon NJ Health.