

SEGURO SUPLEMENTARIO INDIVIDUAL DE MEDICARE

Formulario de solicitud

INSTRUCCIONES

- Esta es una solicitud de seguro suplementario de Medicare que está suscrito por ConnectiCare Insurance Company, Inc. ("ConnectiCare"). Puede usarse para solicitar una nueva inscripción o un cambio en el tipo de cobertura. Esta solicitud puede usarse para solicitar uno de nuestros planes de seguro suplementario de Medicare de ConnectiCare.
- **ConnectiCare no puede venderle un plan de seguro suplementario de Medicare si:**
 - ya tiene una póliza suplementaria de Medicare vigente y no desea reemplazar la póliza existente; o
 - la póliza suplementaria de Medicare duplicaría los beneficios a los que tiene derecho en virtud de un plan Medicare Advantage.
- **Devuelva su solicitud completa.** Si no envía el pago con su solicitud, le enviaremos una factura después de que se procese la solicitud, una vez que se confirme su elegibilidad. Si presenta el pago de la prima con esta solicitud, la póliza entrará en vigencia una vez que determinemos que usted es elegible para una póliza de seguro suplementario de Medicare. Proporcionaremos cobertura para los beneficios descritos en la póliza, supeditados a la asegurabilidad. Determinaremos si usted es asegurable a más tardar hasta la fecha de finalización de todas las partes de la solicitud y si se ha pagado la prima, a menos que solicite una fecha de entrada en vigencia posterior. Si usted solicita una fecha de entrada en vigencia posterior, comprende que puede estar renunciando a ciertos derechos y garantías en virtud de este recibo condicional. Si la póliza no se emite dentro de este plazo, la solicitud se considerará rechazada y se reembolsarán todas las primas.
 - **Si presenta una solicitud como miembro actual de ConnectiCare que se está cambiando a un plan suplementario de Medicare de ConnectiCare:** La cobertura entrará en vigencia en la fecha de finalización de su plan ConnectiCare anterior, por lo que no tendrá una interrupción en la cobertura. Debe presentar su solicitud dentro de los 60 días antes de la fecha de finalización de su cobertura anterior para que el plan de seguro suplementario de Medicare entre en vigor a partir de la fecha de vencimiento. Puede presentar la solicitud después del período de 60 días, pero en ese caso puede haber una interrupción de la cobertura.
- **Todos los solicitantes deben:**
 - a. Ser residentes de Connecticut.
 - b. Completar la declaración de la solicitud, firmar y fechar la solicitud donde se indica.
 - c. Marcar las casillas correspondientes a la cobertura que está solicitando.
 - d. Devolver la solicitud completa y el/los certificado(s) de cobertura acreditable a:

ConnectiCare

P.O. Box 2820 New York, NY 10116-2820

Si será elegible para Medicare solo por motivos de edad, no podemos aceptar su solicitud más de 90 días antes del mes de su cumpleaños número 65.

ConnectiCare

CICIMEDSUPP APP 128326_0822

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA PERSONAS ELEGIBLES PARA MEDICARE

Sección I. Información del solicitante

Nro. de Seguro Social		Identificador del beneficiario de Medicare (MBI)	
<input type="checkbox"/> Soy/fui miembro de ConnectiCare. Mi número de identificación de ConnectiCare es: _____			
Apellidos del solicitante		Nombre	Segundo nombre
Dirección particular			Condado
Ciudad		Estado	Código postal
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Fecha de nacimiento (mes/día/año):	
Entiendo que los números de teléfono que proporciono en esta solicitud pueden ser usados por ConnectiCare o cualquiera de las partes contratadas para contactarme por temas relacionados con mi cuenta, mi plan de beneficios de salud o los programas relacionados o por servicios que me brindaron.			
Nro. de teléfono		Dirección de correo electrónico	

Sección II. Información de Medicare

Fecha en la que adquirió la elegibilidad para Medicare (mes/día/año):
¿Tiene las Partes A y B de Medicare ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ingrese la fecha de entrada en vigencia de la Parte A y la fecha de entrada en vigencia de la Parte B: _____ Si las Partes A y B de Medicare entrarán en vigencia en una fecha futura, proporcione la fecha en que las Partes A y B de Medicare entrarán en vigencia: _____ *Debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare en la fecha de entrada en vigencia de esta póliza; de lo contrario, no se puede emitir la cobertura.

No necesita más de una póliza suplementaria de Medicare. Si compra esta póliza, puede que desee evaluar su cobertura existente y decidir si necesita coberturas múltiples. Puede ser elegible para recibir beneficios en virtud de Medicaid y es posible que no necesite una póliza suplementaria de Medicare.

Si, después de comprar esta póliza, pasa a ser elegible para Medicaid, los beneficios y las primas en virtud de la póliza suplementaria de Medicare pueden suspenderse, si lo solicita, por 24 meses mientras tenga derecho a recibir beneficios conforme a Medicaid. Debe solicitar esta suspensión en un plazo de 90 días a partir de su elegibilidad para Medicaid. Si ya no tiene derecho a Medicaid, se restablecerá su póliza suplementaria de Medicare (o, en caso de no estar más disponible, una póliza sustancialmente equivalente) si se solicita dentro de los 90 días posteriores a perder la elegibilidad para Medicaid. Si la póliza suplementaria de Medicare proporcionaba cobertura para los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios y usted se inscribió en Medicare Parte D mientras su póliza estaba suspendida, la póliza restablecida no tendrá cobertura para medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, pero será, en otros aspectos, sustancialmente equivalente a su cobertura anterior a la fecha de la suspensión.

Si, a causa de una discapacidad, usted es elegible para, y se ha inscrito en una póliza suplementaria de Medicare, pero después recibe la cobertura de un plan de salud grupal de un sindicato o empleador, los beneficios y las primas en virtud de su póliza suplementaria de Medicare se pueden suspender, si lo solicita, mientras goce de la cobertura del plan de salud grupal de un sindicato o empleador. Si suspende su póliza suplementaria de Medicare sobre la base de estas circunstancias y, más adelante, pierde el plan de salud grupal de su sindicato o empleador, se restablecerá su póliza suplementaria de Medicare (o, en caso de no estar más disponible, una póliza sustancialmente equivalente) si se solicita dentro de los 90 días posteriores a perder el plan de salud grupal de su sindicato o empleador. Si la póliza suplementaria de Medicare proporcionaba cobertura para los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios y usted se inscribió en Medicare Parte D mientras su póliza estaba suspendida, la póliza restablecida no tendrá cobertura para medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, pero será, en otros aspectos, sustancialmente equivalente a su cobertura anterior a la fecha de la suspensión.

Es posible que haya servicios de orientación disponibles en su estado para proporcionar asesoramiento en relación con su compra de un seguro suplementario de Medicare y en relación con la asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid, lo que incluye beneficios como un beneficiario calificado de Medicare (qualified Medicare beneficiary, QMB, por sus siglas en inglés) y un beneficiario específico de Medicare de bajos ingresos (specified low-income Medicare beneficiary, SLMB, por sus siglas en inglés).

Sección III. Preguntas sobre la inscripción/emisión garantizada (deben completarse)

Responda las preguntas 1 a 7 a continuación a su leal saber y entender:

(Marque Sí o No a continuación con una "X")

1	<p>(1) ¿Cumplió 65 años en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>(2) ¿Se inscribió en la Parte B de Medicare en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia? _____</p>
2	<p>¿Tiene cobertura de asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid? (NOTA PARA EL SOLICITANTE: si participa en un programa "Spend-Down Program" y no ha alcanzado la parte del costo que le corresponde pagar ("Share of Cost"), responda NO a esta pregunta). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es sí,</p> <p>(1) ¿Medicaid pagará sus primas de esta póliza suplementaria de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>(2) ¿Recibe algún beneficio de Medicaid DISTINTO DE los pagos para su prima de Medicare Parte B? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
3	<p>(1) ¿Tuvo alguna cobertura de algún plan Medicare Advantage que no sea Original Medicare en el lapso de los últimos 63 días? (Por ejemplo, HMO, PPO o PFFS de Medicare)</p> <p>Si la respuesta es sí, llene las fechas de inicio y finalización. (Si aún tiene cobertura en virtud del plan Medicare Advantage, deje la FECHA DE FINALIZACIÓN vacía)</p> <p>FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FINALIZACIÓN _____</p> <p>(2) Si aún tiene cobertura en virtud del plan Medicare, ¿tiene la intención de reemplazar la cobertura actual por esta nueva póliza suplementaria de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>(3) ¿Esta fue su primera vez en este tipo de plan Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>(4) ¿Dejó alguna póliza suplementaria de Medicare para inscribirse en el plan Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
4	<p>(1) ¿Tiene alguna otra póliza suplementaria de Medicare o Medicare Select o certificado en vigencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>(2) Si es así, ¿con qué empresa y qué plan tiene? _____</p> <p>(3) Si es así, ¿tiene la intención de reemplazar su actual póliza o certificado suplementario de Medicare o Medicare Select con esta póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
5	<p>¿Tuvo cobertura en virtud de alguna otra póliza de seguro de salud o certificado en el lapso de los últimos 63 días? (Por ejemplo, un plan del empleador, del sindicato o individual). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>(1) Si es así, ¿con qué empresa y qué tipo de póliza? _____</p> <p>(2) ¿Cuáles son sus fechas de cobertura según la otra póliza? _____</p> <p>Si aún tiene cobertura en virtud de la póliza, deje la FECHA DE FINALIZACIÓN vacía.</p> <p>FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FINALIZACIÓN _____</p> <p>(3) ¿Tiene intención de reemplazar la cobertura que identificó en el punto 5 más arriba con esta póliza o certificado suplementario de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
6	<p>Estoy solicitando el siguiente plan de seguro suplementario de Medicare de ConnectiCare: (Marque la casilla correspondiente).</p> <p><input type="checkbox"/> Plan A* <input type="checkbox"/> Plan B* <input type="checkbox"/> Plan F** <input type="checkbox"/> Plan F+** <input type="checkbox"/> Plan G <input type="checkbox"/> Plan G+ <input type="checkbox"/> Plan N</p> <p>*Si tiene menos de 65 años y tiene Medicare debido a una discapacidad, solo puede inscribirse en el Plan A o el Plan B.</p> <p>**Solo puede inscribirse en el Plan F y el Plan F+ si ya era elegible para Medicare antes del 1 de enero de 2020.</p> <p>Consulte la Descripción de la cobertura para conocer las tarifas aplicables.</p> <p>Fecha de entrada en vigencia propuesta (mes/día/año): _____</p> <p>Por la presente solicito cobertura del tipo marcado anteriormente. La cobertura entra en vigencia el primer día del mes posterior a la aprobación de su solicitud completa. Para garantizar la continuación de la cobertura, puede solicitar una fecha de entrada en vigencia inicial que no sea el primer día del mes.</p> <p>La fecha de entrada en vigencia debe ser dentro de los 90 días de la firma de la solicitud. Después de la fecha de entrada en vigencia inicial, su póliza pasará a la fecha de aniversario del primer día del mes.</p> <p>Debemos recibir el pago de su prima para que su cobertura entre en vigencia.</p> <p>Los planes F+ y G+ son planes con deducible alto.</p>
7	<p>Si reemplazará cualquier cobertura en vigencia por esta póliza o certificado del seguro suplementario de Medicare, ¿cuál es la razón por la que está reemplazando la cobertura?</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios adicionales <input type="checkbox"/> Mi plan tiene una cobertura de medicamentos con receta para paciente ambulatorio y me inscribiré en la Parte D</p> <p><input type="checkbox"/> No hay cambios en los beneficios, pero sí primas más bajas <input type="checkbox"/> Cancelaré la inscripción de un plan Medicare Advantage debido a: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Menos beneficios y primas más bajas _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: (explique) _____</p>

Los planes de seguro suplementario de Medicare de ConnectiCare imponen una limitación de afecciones preexistentes. Si usted tiene una afección preexistente, por lo general, no está cubierta durante los primeros seis meses después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del plan de seguro suplementario de ConnectiCare Medicare. Una afección preexistente es toda afección para la que un médico recomendó o brindó asesoramiento o tratamiento médico en un plazo de los seis meses a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Al aplicar el límite de afecciones preexistentes, ConnectiCare acreditará el tiempo durante el que tuvo una cobertura acreditable con anterioridad, siempre que la cobertura acreditable anterior fuera constante hasta una fecha máxima de 63 días antes de la fecha de inscripción de la nueva cobertura. ConnectiCare reducirá el período de la limitación de afecciones preexistentes en la suma del período de cobertura acreditable sin perjuicio de los beneficios específicos cubiertos durante el período. La cobertura acreditable incluye: un plan de salud grupal; cobertura del seguro de salud; Medicare; seguro suplementario de Medicare; cobertura de Medicare Select; plan Medicare Advantage; Medicaid; TRICARE; programas médicos del Servicio de salud para indígenas o una organización tribal; un grupo de beneficios de salud de riesgo del estado; el Programa federal de beneficios de salud para empleados; un plan de salud público; y un plan de beneficios de salud conforme al Artículo 5(e) de la Ley de los Cuerpos de Paz.

Declaro y entiendo que:

- A.** El contrato solicitado tendrá la fecha de entrada en vigencia establecida en la página anexa del contrato. En esa fecha, mi cobertura existente suplementaria de Medicare o de Medicare Advantage, si la hubiera, se cancelará.
- B.** Todas las declaraciones y respuestas en esta solicitud son verdaderas y correctas. Esta solicitud se incorporará al contrato, que entrará en vigencia en la fecha indicada en la página anexa del contrato.

NOTA: ANTES DE FECHAR Y FIRMAR ESTA SOLICITUD, ASEGÚRESE DE HABER RESPONDIDO TODAS LAS PREGUNTAS. TAMBIÉN ASEGÚRESE DE HABER MARCADO LA CASILLA CORRESPONDIENTE PARA EL TIPO DE COBERTURA QUE DESEA.

Cualquier persona que, de manera intencional y con el propósito de cometer fraude a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguros o una declaración de reclamación sobre información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, la información relacionada con cualquier hecho sustancial aquí descrito, cometa un hecho fraudulento contra los seguros, lo cual es un delito, y también está sujeta a una multa penal que no supere los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación.

Nombre en letra de imprenta: _____ Firma: _____

Cargo: _____ Fecha: _____

Sección IV. Certificación de agente de seguros Para ser completado únicamente por el agente de seguros

¿Ha vendido algún otro plan de seguro de salud y contra accidentes al solicitante que aún esté vigente?

Sí No

¿Ha vendido alguna otra póliza de seguro de salud y contra accidentes al solicitante en los últimos cinco (5) años que aún no esté vigente? Sí No

Si la respuesta es Sí, enumere cualquier otra póliza del plan de salud que haya vendido personalmente al solicitante que aún esté vigente. Si no hay ninguna, escriba “ninguna”. Además, enumere cualquier póliza que le haya vendido al solicitante en los últimos cinco (5) años que ya no esté vigente.

Descripción de la póliza

Fechas de la póliza

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si el solicitante reemplaza la cobertura de salud por la cobertura de seguro suplementario de Medicare, envíe un AVISO AL SOLICITANTE SOBRE EL REEMPLAZO DEL SEGURO DE SALUD Y DE ACCIDENTES, LA COBERTURA HMO O EL ARREGLO DE BENEFICIOS MÉDICOS PROPORCIONADOS POR EL EMPLEADOR de ConnectiCare completo, junto con esta solicitud.

He revisado la cobertura del seguro de salud actual del solicitante y considero que la cobertura adicional del tipo y el importe solicitados es adecuada para las necesidades del solicitante.

He revisado la cobertura del seguro de salud actual del solicitante y considero que la cobertura adicional del tipo y el importe solicitados es adecuada para las necesidades del solicitante. Certifico que el solicitante ha leído, o le he leído, la solicitud completa. A mi leal saber y entender, la información de esta solicitud es completa y precisa.

Nombre de la agencia: _____	
Nombre de GA/FMO: _____	Número de licencia de GA: _____
Nombre del agente de ventas: _____	Número de licencia del agente de ventas: _____
Dirección del agente: _____	
Correo electrónico del agente: _____	Teléfono principal del agente: _____
Fax del agente: _____	
Firma del agente: _____	

(Para uso exclusivo del consultorio de ConnectiCare)

Miembro actual de ConnectiCare

Fecha de emisión de la solicitud	Fecha en que se recibió la solicitud.....
Fecha de procesamiento de la solicitud.....	Fecha, contrato y copia de la solicitud enviada.....
Tipo de plan.....	Número de grupo.....
	Fecha de entrada en vigencia.....



Aviso al solicitante sobre el reemplazo de Seguro complementario de Medicare o plan Medicare Advantage

ConnectiCare Insurance Company, Inc.

55 Water Street, 12th Floor, New York, NY 10041-8190

¡Guarde este aviso! Puede ser importante para usted en el futuro.

Según la información que ha proporcionado, usted tiene la intención de finalizar su seguro suplementario de Medicare o plan Medicare Advantage existente y reemplazarlo por una póliza que emitirá ConnectiCare Insurance Company, Inc. Su nueva póliza le proporcionará treinta (30) días dentro de los cuales podrá decidir, sin costo alguno, si desea conservar la póliza.

Debe evaluar esta nueva cobertura cuidadosamente. Compárela con toda la cobertura por accidente y enfermedad que tiene ahora. Si, después de la debida consideración, descubre que la compra de esta cobertura suplementaria de Medicare es una decisión sensata, debe finalizar su cobertura actual suplementaria de Medicare o Medicare Advantage. Debe evaluar la necesidad de otra cobertura por accidente y enfermedad que tenga y que pueda duplicar esta póliza.

Declaración al solicitante por parte del emisor, agente, corredor u otro representante:

He evaluado su cobertura médica o de seguro de salud actual. A mi leal saber y entender, esta póliza suplementaria de Medicare no duplicará su cobertura suplementaria de Medicare existente o, si corresponde, su cobertura de Medicare Advantage, porque usted tiene la intención de finalizar su cobertura suplementaria de Medicare existente o abandonar su plan Medicare Advantage. La póliza de reemplazo se adquiere por el siguiente motivo (marque una opción):

- Beneficios adicionales.
- No hay cambios en los beneficios, pero sí primas más bajas.
- Menos beneficios y primas más bajas.
- Mi plan tiene una cobertura de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios y me inscribiré en Medicare Parte D.
- Cancelación de la inscripción de un plan Medicare Advantage. Explique el motivo de la cancelación de la inscripción.

Otro (especifique) _____

1 Nota: si el emisor de la póliza suplementaria de Medicare que se solicita no impone, o tiene prohibido imponer, limitaciones por afecciones preexistentes, pase a la Declaración 2 a continuación. Las afecciones médicas que pueda tener actualmente (afecciones preexistentes) pueden no estar cubiertas de inmediato o por completo en virtud de la nueva póliza. Esto podría dar lugar a la denegación o demora de una reclamación de beneficios en virtud de la nueva póliza, mientras que una reclamación similar podría haber sido pagadera en virtud de su póliza actual.

2 La ley estatal establece que su póliza o certificado de reemplazo no puede contener nuevas afecciones preexistentes, períodos de espera, períodos de eliminación o períodos de prueba. La aseguradora renunciará a cualquier período de tiempo aplicable a afecciones preexistentes, períodos de espera, períodos de eliminación o períodos de prueba en la nueva póliza (o cobertura) para beneficios similares en la medida en que dicho periodo se haya usado (agotado) en virtud de la póliza original.

3 Si aún desea finalizar su póliza actual y reemplazarla por una nueva cobertura, asegúrese de responder de manera veraz y completa todas las preguntas de la Solicitud relacionadas con su historial médico y de salud. No incluir toda la información médica importante en una Solicitud puede proporcionar una base para que la empresa rechace cualquier reclamación futura y reembolse su prima como si su póliza nunca hubiera estado vigente. Después de completar la Solicitud y antes de firmarla, revísela cuidadosamente para asegurarse de que toda la información se haya registrado correctamente.

No cancele su póliza actual hasta que haya recibido su nueva póliza y esté seguro de que desea conservarla.

Firma del agente, corredor u otro representante*

Nombre del emisor, agente o corredor, en letra de imprenta

Firma del solicitante

Fecha

Dirección del emisor, agente o corredor, en letra de imprenta

*No se requiere firma para las ventas de respuesta directa.