



Individual Fuera del intercambio Formulario de solicitud/cambio

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:

- Imprima y complete todas las secciones del formulario de solicitud. Para los solicitantes menores de 18 años, deberá ser el padre o tutor legal quien firme y feche el formulario de solicitud en línea o en papel. Las solicitudes deben ser enviadas por correo a la siguiente dirección: ConnectiCare, Inc. and Affiliates, ATTN: Enrollment Department, 175 Scott Swamp Road, Farmington, CT 06032.

Período de elegibilidad

Inscripción abierta:

Para 2023, el período de inscripción abierta anual se extenderá desde el 1.º de noviembre de 2022 hasta el 15 de diciembre de 2022, para la cobertura que entra en vigencia el 1.º de enero de 2023.

Período de inscripción especial:

Una persona puede experimentar un evento que reúne los requisitos y que la hará elegible 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 si está embarazada.

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 proveedor de atención médica autorizado que actúe dentro del alcance de la práctica de dicho proveedor.

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 \$15 hasta un máximo de \$45 por solicitud.

Continuación

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, abuso 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 los fines de 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

El cociente de pérdida médica 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 la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA), PL111-148, según sus enmiendas ocasionales, y las reglamentaciones adoptadas allí expuestas, y se calcula en conformidad con esta.

- Cociente de pérdida médica estatal para el año calendario 2021 para ConnectiCare Benefits, Inc. (CBI): 94.9 %
- Cociente de pérdida médica federal para el año calendario 2021 para ConnectiCare Benefits, Inc. (CBI): Individual 87.3 %
- Cociente de pérdida médica estatal para el año calendario 2021 para ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI): 90.3 %
- Cociente de pérdida médica federal para el año calendario 2021 para ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI):

Individual 73.5 %

Grupo pequeño 85.9 %

Grupo grande 88.5 %

SOLO PARA USO COMERCIAL:

Fecha de recepción:	Fecha de procesamiento/iniciales:
Calificación de área/región:	Número de cuenta:

Una persona puede experimentar un **evento que reúne los requisitos** y que la hará 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 testimonio 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

- Terminación del empleo
- Muerte de un empleado cubierto
- Elegibilidad de un empleado cubierto para Medicare
- Reducción en la cantidad de horas
- 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

Otros motivos

- Orden de manutención infantil u otra orden judicial
- Divorcio o separación legal
- Confirmación médica, por escrito, de un embarazo por parte de un proveedor de atención médica autorizado, durante los primeros 30 días a partir del comienzo del embarazo.
- Pérdida del estado de dependiente (el dependiente cumplió 26 años)
- 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 de mi plan
- Fui liberado de una encarcelación (cárcel o penitenciaría)

- 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 2 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



Language & Non-Discrimination Notice

ConnectiCare complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ConnectiCare does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ConnectiCare:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, including qualified interpreters and information in alternate formats.
- Provides free language services to people whose primary language is not English, including translated documents and oral interpretation.

If you need these services, contact The Committee for Civil Rights.

If you believe that ConnectiCare has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

The Committee for Civil Rights, ConnectiCare, 175 Scott Swamp Road, Farmington, CT 06032, Phone: 1-800-251-7722, and TTY: 711. You can file a grievance in person or by mail. If you need help filing a grievance, The Committee for Civil Rights is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Continued →

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-251-7722 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-251-7722 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-251-7722 (TTY: 711)。

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-251-7722 (ATS: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-251-7722 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-251-7722 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-251-7722 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-251-7722 (TTY: 711) पर कॉल करें।

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-251-7722 (TTY: 711)។

सुचना: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છે, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-251-7722 (TTY: 711).