

WellCare/'Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus Planes Medicare Advantage 2019 Formulario de inscripción individual

Cómo inscribirse en nuestros planes

1. Lea este formulario de inscripción completo para asegurarse de que comprende la información.
Una solicitud incorrecta o incompleta podría generar demoras o rechazos de cobertura.
2. Cuando esté listo, complete el formulario de inscripción en su totalidad. Según corresponda, escriba claramente en mayúsculas o coloque una "X" en la casilla correspondiente.
3. Cuando haya terminado, no olvide firmarlo y fecharlo.
4. Devuelva el formulario completo y firmado de una de las siguientes maneras:
 - Por fax a 1-866-473-9124, o
 - Por correo a P.O. Box 31392, Tampa, FL 33631-3392, o
 - Usando el sobre de respuesta de negocios con porte pagado si se incluye uno.
5. Comuníquese con su Agente de seguro autorizado si tiene alguna pregunta.

Agente de seguro autorizado: _____

Teléfono: (____) ____ - _____

Otras 3 formas sencillas de inscribirse en WellCare/'Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus



Llame a su plan al número de Servicio al Cliente indicado en el interior de la portada de este formulario.



Inscríbese en línea en www.wellcare.com/medicare o www.ohanahealthplan.com/medicare.



Inscríbese en línea en www.medicare.gov.





¡Siempre estamos a solo una llamada de distancia!

Si ya está listo para inscribirse o tiene preguntas sobre la inscripción, llame al **1-866-999-3945** (CA), **1-800-265-8171** (HI), **1-866-556-4607** (TX)*, **1-866-245-4143** (TX)**, o **1-866-527-0056** (todos los demás).

Los representantes están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Si usted ya es un miembro, llame número de su estado/plan que se lista a continuación.

Alabama (AL):	WellCare Value (HMO).....	1-866-653-0981
Arkansas (AR):	WellCare Rx (HMO), WellCare Value (HMO-POS), WellCare Advance (HMO-POS), WellCare Preferred (HMO), WellCare Premier (PPO)	1-800-316-2273
	WellCare Liberty (HMO SNP), WellCare Access (HMO SNP)	1-855-292-0237
Arizona (AZ):	WellCare Value (HMO).....	1-866-797-2641
	WellCare Liberty (HMO SNP).....	1-877-778-1855
California (CA):	Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO), Easy Choice Rx (HMO)	1-866-999-3945
	Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP).....	1-866-999-3945
Connecticut (CT):	WellCare Preferred (HMO), WellCare Rx (HMO-POS), WellCare Value (HMO) ...	1-866-579-8006
	WellCare Liberty (HMO SNP), WellCare Access (HMO SNP)	1-866-635-7047
Florida (FL):	WellCare Dividend (HMO), WellCare Value (HMO), WellCare Value (HMO-POS), WellCare Essential (HMO-POS), WellCare Dividend Prime (HMO), WellCare Elite (HMO), WellCare Premier (PPO), WellCare Prime (PPO), WellCare Guardian (HMO SNP), WellCare Champion (HMO SNP)	1-888-888-9355
	WellCare Select (HMO SNP), WellCare Access (HMO SNP), WellCare Liberty (HMO SNP), WellCare Reserve (HMO SNP)	1-866-637-8041
Georgia (GA):	WellCare Value (HMO), WellCare Advance (HMO-POS), WellCare Choice (HMO), WellCare Premier (PPO), WellCare Prime (PPO).....	1-866-334-7730
	WellCare Access (HMO SNP), WellCare Liberty (HMO SNP)	1-866-482-3361
Hawaii (HI):	‘Ohana Value (HMO).....	1-888-505-1201
	‘Ohana Liberty (HMO SNP).....	1-877-457-7621
Illinois (IL):	WellCare Advance (HMO-POS), WellCare Value (HMO-POS), WellCare Rx (HMO), WellCare Plus (HMO), WellCare Choice (HMO-POS).....	1-866-334-6876
Kentucky (KY):	WellCare Value (HMO), WellCare Essential (HMO-POS), WellCare Advance (HMO-POS).....	1-877-560-2766
	WellCare Access (HMO SNP), WellCare Liberty (HMO SNP)	1-877-560-3206

Louisiana (LA):	WellCare Rx (HMO), WellCare Value (HMO).....	1-866-804-5926
	WellCare Liberty (HMO SNP), WellCare Access (HMO SNP)	1-866-530-9488
Maine (ME):	WellCare Value (HMO).....	1-866-682-0536
	WellCare Access (HMO SNP).....	1-866-682-0537
	WellCare Today's Options Advantage Plus 150A (PPO), WellCare Today's Options Advantage Plus 550B (PPO), WellCare Today's Options Advantage 300 (PPO)	1-866-422-5009
	WellCare Value (HMO), WellCare Essential (HMO-POS), WellCare Advance (HMO-POS).....	1-800-316-2273
Mississippi (MS):	WellCare Liberty (HMO SNP), WellCare Access (HMO SNP)	1-855-292-0237
	WellCare Value (HMO).....	1-877-655-2425
North Carolina (NC):	WellCare Access (HMO SNP).....	1-877-655-2422
	WellCare Rx (HMO), WellCare Value (HMO-POS)	1-866-687-8570
New Jersey (NJ):	WellCare Liberty (HMO SNP).....	1-877-706-9509
	WellCare Value (HMO), WellCare Rx (HMO), WellCare Choice (HMO), WellCare Preferred (HMO), WellCare Essential (HMO), WellCare Advance (HMO), WellCare Today's Options Classic (HMO), WellCare Premier (PPO)	1-800-278-5155
New York (NY):	WellCare Access (HMO SNP).....	1-866-482-3363
	WellCare Liberty (HMO SNP).....	1-866-491-5746
	WellCare Today's Options Advantage Plus 750B (PPO), WellCare Today's Options Advantage Plus 450A (PPO), WellCare Today's Options Advantage 300 (PPO), WellCare Today's Options Advantage Plus 550B (PPO), WellCare Today's Options Advantage Plus 150A (PPO)	1-866-422-5009
	WellCare Value (HMO), WellCare Elite (HMO), WellCare Advance (HMO-POS), WellCare Prime (PPO), WellCare Premier (PPO)	1-888-345-8437
	WellCare Access (HMO SNP).....	1-888-345-9036
	WellCare Dividend (HMO), WellCare Rx (HMO), WellCare Value (HMO-POS), WellCare Advance (HMO-POS)	1-800-316-2273
Tennessee (TN):	WellCare Access (HMO SNP).....	1-855-292-0237

Texas (TX):	WellCare TexanPlus Classic (HMO)*, WellCare TexanPlus Value (HMO), WellCare TexanPlus Choice (HMO-POS).....	1-866-230-2513
	WellCare TexanPlus Classic (HMO)**	1-800-958-2707
	WellCare TexanPlus Classic (HMO)***, WellCare Dividend Prime (HMO), WellCare Value (HMO-POS).....	1-866-687-8878
	WellCare Liberty (HMO SNP), WellCare Access (HMO SNP), WellCare TexanPlus Star (HMO SNP).....	1-866-530-9495
	Retiree – MA – PD CY (HMO).....	1-866-230-2513

Horario de atención Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede visitar nuestra página www.wellcare.com/medicare or www.ohanahealthplan.com/medicare en cualquier momento.

Línea de asesoramiento de enfermería	1-800-581-9952 (las 24 horas, los 7 días de la semana)
TTY para todos los anteriores.....	711

* Área de servicio de Texas: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Montgomery, Orange, Waller
 ** Área de servicio de Texas: Colin, Dallas, Rockwall, Tarrant
 *** Área de servicio de Texas: Bexar, El Paso, Travis, Williamson

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL A PLANES MEDICARE ADVANTAGE 2019

Comuníquese con WellCare/'Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus si requiere información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en un plan de WellCare/'Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus, proporcione la siguiente información:

Seleccione la casilla para el plan en el que desea inscribirse: Plan: WellCare 'Ohana Easy Choice WellCare Texan Plus

Tipo de plan: HMO HMO-POS HMO SNP PPO \$ por mes

Nombre del plan: Access Advance Today's Options Advantage 300 Today's Options Advantage Plus 150A
 Today's Options Advantage Plus 450A Today's Options Advantage Plus 550B
 Today's Options Advantage Plus 750B Best Champion Choice Classic Dividend
 Dividend Prime Elite Essential Freedom Guardian Liberty Plus Preferred Premier
 Prime Reserve Rx Select Star Value

Sr. Sra. Srta. Sexo: M F Fecha de nacimiento: (MMDDAAAA)

Apellido: Inicial del segundo nombre:

Nombre: Número de teléfono principal:

Número de teléfono alternativo (opcional):

Dirección de correo electrónico (opcional):

Tenga presente que al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir correos electrónicos de nosotros. Le daremos la oportunidad de participar y siempre puede optar por no recibir futuras comunicaciones por correo electrónico.

Proporcione su información del seguro de Medicare

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a disposición para completar esta sección.

- Complete esta información como se muestra en su tarjeta de Medicare.
- O BIEN -
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro.

Nombre (como se muestra en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare:

Tiene derecho a:

Fecha de entrada en vigencia: (MMDDAAAA)

HOSPITAL (Parte A)

PLAN MÉDICO (Parte B)

Debe tener la Parte A o Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Agente de seguro autorizado:

Pago de la prima de su plan (continuación):

Si se está inscribiendo en un plan de salud con una prima mensual: Puede pagar la prima mensual de su plan (y cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o quizás deba) por correo, tarjeta de crédito, pago telefónico o a través de transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede optar por pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) cada mes, si es elegible. Si se le ha establecido un Monto de ajuste mensual relevante a ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), será notificado por la Administración del Seguro Social. Será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. El monto será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o la RRB le enviará una factura directamente. NO pague la Part D-IRMAA a Wellcare/'Ohana/Easy Choice/WellCare Texan Plus.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener Ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos a una interrupción en la cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta Ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar Ayuda adicional en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para la Ayuda adicional con sus costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan. Incluso si tiene Ayuda adicional ahora, es posible que necesite volver a solicitarla más adelante. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos por el monto que no cubra Medicare. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una libreta de cupones para pagar sus primas mensuales.

Seleccione una opción para el pago de la prima:

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB), si es elegible.

Obtengo beneficios mensualmente de: Seguro Social Junta Ferroviaria de Retiro

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o tres meses en activarse una vez que el Seguro Social o la RRB la aprueben. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de una deducción automática, o aprueban el comienzo de las deducciones después de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales).

Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes.

Para establecer la EFT, necesitará enviarnos un formulario de autorización firmado con un cheque cancelado, o una carta de su banco si la cuenta es una cuenta de ahorros. Si selecciona este método, le enviaremos el formulario para la EFT con las instrucciones sobre cómo completarlo y devolvérselo.

Recibir una libreta de cupones para los pagos de primas mensuales.

Nota: También puede pagar las primas de su plan con una tarjeta de crédito o por una deducción de su cuenta bancaria (de cheques/de ahorros) en lugar de utilizar los cupones mensuales. Para configurar su pago, visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/medicare o www.ohanahealthplan.com/medicare o llame al número del Servicio al Cliente indicado en la portada.



Lea esta información importante:

Para planes MAPD: Si actualmente usted cuenta con una cobertura médica de un empleador o un sindicato, inscribirse en un plan de WellCare/'Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus podría afectar sus beneficios médicos con el empleador o sindicato. Podría perder su cobertura médica del empleador o sindicato si se inscribe en WellCare/'Ohana/Easy Choice/WellCare Texan Plus. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina señalada en sus comunicaciones. Si no hay ninguna información con respecto a quién contactar, puede recibir ayuda de su administrador de beneficios o de la oficina que responde preguntas acerca de su cobertura.

Lea y firme:

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente: 'Ohana Health Plan, un plan ofrecido por WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. WellCare Health Plans, Inc., es un plan HMO, PPO, PFFS con un contrato de Medicare. Nuestros D-SNP tienen contratos con programas de Medicaid del estado. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. Necesitaré mantener mis Partes A y B de Medicare. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o Plan de medicamentos con receta. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos

Agente de seguro autorizado:

Lea y firme (continuación):

con receta que tenga o pueda tener más adelante. **(Planes MA únicamente:** Comprendo que si no tengo cobertura de medicamentos con receta de Medicare u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta (equivalente a la de Medicare), tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro). La inscripción en este plan generalmente es por todo el año. Una vez que me inscriba, podré dejar este plan o realizar cambios únicamente en ciertos momentos del año en que se encuentre disponible un período de inscripción, (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales. WellCare/Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus sirve a un área de servicios específica. **Si me mudo fuera del área donde WellCare/Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus presta servicio, necesito notificar al plan para que yo pueda cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área.** Una vez que soy miembro de WellCare/Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus, tengo el derecho a apelar las decisiones del plan sobre pago o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de WellCare/Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir a fin de recibir cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas con Medicare generalmente no se encuentran cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país con excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU. **Para planes no-PPO:** Comprendo que a partir de la fecha en la que comienza la cobertura de WellCare/Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus, tendré que obtener toda mi atención médica de WellCare/Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus, excepto por los servicios de emergencia o los servicios de atención de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área.

Para planes PPO únicamente: Comprendo que a partir de la fecha en la que comienza la cobertura de WellCare, utilizar los servicios de la red puede costar menos que utilizar los servicios fuera de la red, excepto por los servicios de emergencia o los servicios de atención de urgencia, o los servicios de diálisis fuera del área. Si es médicamente necesario, WellCare proporcionará devoluciones para todos los beneficios cubiertos, aun si obtengo servicios fuera de la red.

TODOS LOS PLANES: Los servicios autorizados por WellCare/Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de WellCare/Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus (también conocido como contrato de miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI WELLCARE/OHANA/EASY CHOICE/WELLCARE TEXAN PLUS PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.** Comprendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otro individuo empleado o contratado por WellCare/Ohana/Easy Choice/WellCare Texan Plus, el mismo podrá recibir un pago con base en mi inscripción en WellCare/Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de atención médica de Medicare, reconozco que WellCare/Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus divulgará mi información a Medicare, a otros planes y proveedores conforme sea necesario para las operaciones de atención médica, pago y tratamiento. También reconozco que WellCare/Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus divulgará mi información (incluidos mis datos sobre medicamentos con receta) a Medicare, que podrá divulgarla para fines de investigación u otros que cumplan con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se anulará mi inscripción en el plan. Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si la firma un individuo autorizado (conforme se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona tiene autorización conforme a la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad se encuentra disponible a solicitud de Medicare.

Firma: _____

Fecha de hoy:

M	M	D	D	A	A	A	A

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage únicamente durante el Período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones con cuidado y elija la casilla si la declaración aplica a usted. Al llenar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta es posible que se cancele su inscripción.

Si la declaración que elige requiere una fecha, utilice el siguiente formato: MMDDAAAA

1. Soy nuevo en Medicare.
Si usted es nuevo en Medicare debido a la pérdida de cobertura grupal del empleador o de un sindicato, consulte el número 13.
2. Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
3. Recientemente me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí.

Me mudé el

--	--	--	--	--	--	--	--

.

Agente de seguro autorizado:

--	--	--	--	--	--	--	--

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción (continuación):

4. Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el
5. Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU.
Regresé a los Estados Unidos el
6. Recientemente obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el
7. Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el
8. Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional que paga por mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente obtuve Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el
9. Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mi prima de Medicare) u obtengo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido un cambio.
10. Me mudaré a, vivo en o recientemente me mudé fuera de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o centro de atención a largo plazo).
Me mudé/me mudaré a/fuera del centro el
11. Recientemente dejé el programa PACE el
12. Recientemente perdí en forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (cobertura equivalente a la de Medicare).
Perdí mi cobertura de medicamentos el
13. Dejo la cobertura de empleador o sindicato el
14. Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica brindado por mi estado.
15. Mi plan está cancelando su contrato con Medicare o Medicare está cancelando su contrato con mi plan.
16. Fui inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y deseo escoger un plan distinto.
Mi inscripción en dicho plan comenzó el
17. Fui inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para pertenecer a ese plan.
Cancelaron mi inscripción en el SNP el
18. Fui afectado por una emergencia climática o catástrofe grave de acuerdo con la declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, (FEMA)). Una de las otras declaraciones del presente aplicó para mí, pero no fui capaz de inscribirme debido al desastre natural.
19. Otro _____

Si ninguna de estas afirmaciones aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con WellCare/'Ohana/Easy Choice/WellCare TexanPlus al **1-866-527-0056** para averiguar si es elegible para inscribirse. Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

Agente de seguro autorizado/Solo uso oficial:

Nombre del miembro de personal/Agente/Corredor/Agente de seguro autorizado (si recibió asistencia durante la inscripción):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del agente de seguro autorizado: _____

Fecha en que se recibió la solicitud:

M	M	D	D	A	A	A	A

Iniciales del agente de seguro autorizado:

--	--	--

 ID del agente de seguro autorizado:

--	--	--	--	--	--

N.º de verificación del alcance de la cita:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N.º telefónico del agente de seguro autorizado:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Verificación de los planes de necesidades especiales (de aplicarse):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N.º de ID del plan: H

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:

M	M	D	D	A	A	A	A

ICEP/IEP
 AEP
 OEP
 SEP (tipo):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 No elegible
 Cancelar solicitud