

# Aplicación para Plan Individual de 2026

Tipo de aplicación (marque una opción)

Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

- Inscripción Abierta Anual (11/01/25 - 1/15/26)
- Evento de vida que califica      Tipo de evento:     Nacimiento o adopción     Matrimonio/Divorcio     Traslado permanente
- Fecha del evento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_       Pérdida de cobertura     Otro \_\_\_\_\_

\* También puede inscribirse en un plan de seguro de salud para usted y su familia a través del Silver State Health Insurance Exchange (el Mercado de seguros de salud del estado de Nevada). A través de Silver State Health Insurance Exchange, podrá obtener cotizaciones de distintas compañías de seguros disponibles en el Mercado. Puede comparar distintos planes, obtener cotizaciones y averiguar si califica para recibir asistencia financiera. Silver State Health Insurance Exchange es la única manera de recibir asistencia financiera para su seguro de salud. Puede inscribirse en internet visitando [www.nevadahealthlink.com](http://www.nevadahealthlink.com) o llamando al 1-800-547-2927, TTY 711.

**PASO 01** ¿Algún agente o corredor le prestó ayuda? Si es así, llene esta sección

NPN o ID de la entidad de la Comisión \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia \_\_\_\_\_ Nombre del agente \_\_\_\_\_

**PASO 02** ¿Se trata de una póliza solo para niños?

 Si se trata de una aplicación solo para niños, proporcione la siguiente información:  
Padre/madre/tutor legal como parte responsable - nombre completo en letra de imprenta

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Por teléfono \_\_\_\_\_

**PASO 03** Selección del plan (escriba todas las respuestas con tinta)

**Marque la casilla para seleccionar el plan médico**

Planes HMO de MyHPN Solutions (Solo residentes de los condados de Clark/Nye/Washoe)				Planes EPO y HSA de MySHL Solutions (Solo residentes del condado de Clark)				
Bronze HMO*	Silver HMO*	Bronze EPO*	Silver EPO*					
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9					
Bronze HMO Plus*	Gold HMO*	Gold EPO*	Bronze HSA EPO*	Catastrophic EPO*				
<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 3.1	<input type="checkbox"/> (disponible para menores de 30 años)				

**Productos complementarios opcionales** (se aplica una prima adicional)  
(debe seleccionar un plan médico arriba para comprar un plan dental o de servicios para la vista)

Cláusula adicional de servicios para la vista para adultos de HPN o SHL, según el plan elegido     Plan S800B Exclusive Network Dental (cobertura familiar para todos los inscritos)

Plan dental PPO para adultos

**PASO 04** Información del solicitante (escriba con letra clara)

Tipo de cobertura:  Para mí     Para mí y mi cónyuge     Para mí y mi(s) hijo(s)     Solo para niños     Familiar

Estado civil:  Soltero     Casado     Divorciado     Viudo     Pareja de unión libre registrada (DP)

Primer nombre del solicitante	Apellido del solicitante	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento
N.º de Seguro Social (a partir de los 5 años)	Número de ID válido en Nevada (a partir de los 19 años) - Obligatorio	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Médico de cabecera (PCP) <sup>2</sup> o pediatra
Medicare A/B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N (No elegible si está inscrito)	Consumidor de tabaco <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Ginecoobstetra (para mujeres, si corresponde)

Dirección física (domicilio; **no se acepta** casilla postal) \_\_\_\_\_ N.º de apto \_\_\_\_\_ Ciudad, estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Paso 4 - continuación**

Dirección postal/facturación (si es diferente de la anterior)		N.º de apto	Ciudad, estado	Código postal	
Teléfono de casa		Teléfono celular			
Correo electrónico					
Contacto para casos de emergencia		Por teléfono			
<b>Raza</b> (Elija una de las siguientes opciones)		<b>Etnia</b> (Elija una de las siguientes opciones)		<b>Idioma hablado y escrito preferido</b> (Elija una de las siguientes opciones)	
<input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico		<input type="checkbox"/> Oriente Medio <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiere no decir <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Prefiere no decir	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Diferente del inglés <input type="checkbox"/> Prefiere no decir

ICHRA (Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual):  Sí  No  No se sabe

QSEHRA (Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos para Pequeños Empleadores Cualificados):  Sí  No  No se sabe

Si respondió que sí, marque las casillas correspondientes

<u>Prima del plan QSEHRA</u>	<u>Reclamaciones de servicios médicos/medicamentos de QSEHRA</u>
<input type="checkbox"/> QSEHRA del suscriptor utilizado para la prima del plan <input type="checkbox"/> QSEHRA del cónyuge utilizado para la prima del plan <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> QSEHRA del suscriptor utilizado para el reembolso de gastos médicos o de medicamentos <input type="checkbox"/> QSEHRA del cónyuge utilizado para el reembolso de gastos médicos o de medicamentos <input type="checkbox"/> QSEHRA del suscriptor y cónyuge utilizado para el reembolso de gastos médicos o de medicamentos <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> No se sabe

**PASO 05 Información sobre los Familiares Elegibles**

Indique todos los familiares elegibles que solicitan cobertura. Solo su cónyuge/pareja de unión libre o hijos elegibles (hasta los 26 años) pueden aplicar como dependientes.

<b>Cónyuge/Pareja de Unión Libre</b>	Nombre		Apellido		Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento
	N.º de Seguro Social (a partir de los 5 años)	Número de ID válido en Nevada (a partir de los 19 años) - Obligatorio		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Médico de cabecera (PCP) <sup>2</sup> o pediatra	Ginecoobstetra (para mujeres, si corresponde)
	Medicare A/B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N (No elegible si está inscrito)	Consumidor de tabaco <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				

<b>Raza</b> (Elija una de las siguientes opciones)		<b>Etnia</b> (Elija una de las siguientes opciones)		<b>Idioma hablado y escrito preferido</b> (Elija una de las siguientes opciones)	
<input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico		<input type="checkbox"/> Oriente Medio <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiere no decir <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Prefiere no decir	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Diferente del inglés <input type="checkbox"/> Prefiere no decir

<b>Hijo 1</b>	Nombre		Apellido		Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento
	N.º de Seguro Social (a partir de los 5 años)	Número de ID válido en Nevada (a partir de los 19 años) - Obligatorio		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Médico de cabecera (PCP) <sup>2</sup> o pediatra	Ginecoobstetra (para mujeres, si corresponde)
	Medicare A/B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N (No elegible si está inscrito)	Consumidor de tabaco <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				

<b>Raza</b> (Elija una de las siguientes opciones)		<b>Etnia</b> (Elija una de las siguientes opciones)		<b>Idioma hablado y escrito preferido</b> (Elija una de las siguientes opciones)	
<input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico		<input type="checkbox"/> Oriente Medio <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiere no decir <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Prefiere no decir	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Diferente del inglés <input type="checkbox"/> Prefiere no decir

**Paso 5 - continuación**

<b>Hijo 2</b>	Nombre		Apellido		Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento
	N.º de Seguro Social (a partir de los 5 años)	Número de ID válido en Nevada (a partir de los 19 años) - Obligatorio		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Médico de cabecera (PCP) <sup>2</sup> o pediatra	Ginecoobstetra (para mujeres, si corresponde)
	Medicare A/B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N (No elegible si está inscrito)	Consumidor de tabaco <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
<b>Raza</b> (Elija una de las siguientes opciones)			<b>Etnia</b> (Elija una de las siguientes opciones)		<b>Idioma hablado y escrito preferido</b> (Elija una de las siguientes opciones)	
<input type="checkbox"/> Dos o más razas	<input type="checkbox"/> Oriente Medio	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No hispano ni latino
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Prefiere no decir	<input type="checkbox"/> Prefiere no decir	<input type="checkbox"/> Diferente del inglés	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Prefiere no decir
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico			<input type="checkbox"/> Prefiere no decir			
<b>Hijo 3</b>	Nombre		Apellido		Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento
	N.º de Seguro Social (a partir de los 5 años)	Número de ID válido en Nevada (a partir de los 19 años) - Obligatorio		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Médico de cabecera (PCP) <sup>2</sup> o pediatra	Ginecoobstetra (para mujeres, si corresponde)
	Medicare A/B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N (No elegible si está inscrito)	Consumidor de tabaco <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
<b>Raza</b> (Elija una de las siguientes opciones)			<b>Etnia</b> (Elija una de las siguientes opciones)		<b>Idioma hablado y escrito preferido</b> (Elija una de las siguientes opciones)	
<input type="checkbox"/> Dos o más razas	<input type="checkbox"/> Oriente Medio	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No hispano ni latino
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Prefiere no decir	<input type="checkbox"/> Prefiere no decir	<input type="checkbox"/> Diferente del inglés	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Prefiere no decir
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico			<input type="checkbox"/> Prefiere no decir			

Dirección de correo electrónico para comunicaciones por dispositivos electrónicos: \_\_\_\_\_

**Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted acepta: 1) que recibirá algunas de las comunicaciones del plan por dispositivos electrónicos de forma automática, y 2) que leyó el Aviso de Comunicaciones Obligatorias del Plan<sup>3</sup>. También acepta recibir las Comunicaciones Obligatorias del Plan por vía electrónica.**

Recibirá muchas de las comunicaciones obligatorias del plan por vía electrónica. Le enviaremos un correo electrónico cuando haya nuevas comunicaciones (como: información sobre beneficios y planes, reclamaciones, facturación y pagos, avisos reglamentarios y documentos fiscales) disponibles en internet.

**Si prefiere que le enviemos por correo copias impresas de los materiales obligatorios, marque aquí:**

En lugar de la entrega de los materiales obligatorios por medios electrónicos, le enviaremos copias impresas por correo postal. Tenga en cuenta que algunas comunicaciones son muy voluminosas y es posible que no quepan en todos los buzones. Puede cambiar sus preferencias de entrega en cualquier momento iniciando sesión en el centro para miembros por internet.

<sup>1</sup> En los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco con regularidad (cuatro o más veces por semana en promedio, excepto por motivos religiosos o ceremoniales)?

<sup>2</sup> Si se inscribe en un plan de Health Plan of Nevada, seleccione un médico de cabecera (PCP) o pediatra del directorio de proveedores de Health Plan of Nevada disponible en HealthPlanofNevada.com. Las mujeres también deben elegir un ginecoobstetra.

<sup>3</sup> Algunas leyes exigen que le proporcionemos información específica por escrito. Podemos enviarle las Comunicaciones Obligatorias del Plan por vía electrónica cuando usted nos lo autorice. No todas las comunicaciones requieren autorización antes de ser enviadas. Este Aviso solo se aplica cuando se requiere autorización. Puede cambiar de opinión en cualquier momento y le enviaremos las comunicaciones en formato impreso. Estas comunicaciones pueden incluir: Documentos del plan y avisos legales, decisiones sobre beneficios, como una Explicación de Beneficios, y avisos de privacidad. Las comunicaciones se basan en el plan que tenga. Recibirá nuevas comunicaciones una vez que se conviertan a formato electrónico. Si no hay una versión electrónica, se enviarán por correo postal.

**¿Cómo se enviarán las comunicaciones?** Le enviaremos un correo electrónico cuando un documento esté listo para verlo en internet.

**¿Qué sucede si cambio de dirección de correo electrónico?** Actualice su correo electrónico de inmediato. Usted es responsable de proporcionarnos información correcta. Las comunicaciones pueden retrasarse si la información que tenemos es incorrecta. Si esto sucede, usted nos exime de toda responsabilidad.

**¿Qué sucede si cambio de plan?** Si cambia o agrega un plan de beneficios, programa, producto o servicio, podemos utilizar la misma información de contacto que nos proporcionó anteriormente.

**¿Puedo retomar la opción de correo postal?** Sí, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Puede cambiar su preferencia visitando el sitio web para miembros o la aplicación móvil, o llamando al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de ID. La entrega de comunicaciones por dispositivos electrónicos se mantendrá hasta que cambie su preferencia a correo postal. Los cambios pueden tardar hasta siete días hábiles en procesarse.

**¿Puedo obtener una copia en papel?** Sí, tiene derecho a una copia en papel gratis. Puede imprimir una copia desde el sitio web para miembros o llamando al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de ID y se la enviaremos por correo. **Requisitos de hardware y software** Para obtener, ver y guardar estas comunicaciones, debe contar con lo siguiente, por su propia cuenta: Acceso a Internet o telefonía móvil; registro en el sitio web para miembros; una cuenta de correo electrónico con software; y Acrobat Reader o software similar para ver archivos PDF.

<sup>4</sup>Nosotros significa United HealthCare Services, Inc. u Optum, Inc. o sus compañías afiliadas.

Al firmar este documento:

- Yo, nosotros, o el representante legal autorizado (corredor, vendedor de seguros, agente, etc.) en nombre del cliente, (en lo sucesivo, el solicitante) por la presente solicitamos a Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life la cobertura que ahora se ofrece a las personas elegibles en esta aplicación. El solicitante entiende que esta aplicación de cobertura está sujeta a la aceptación por parte de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life y que, si se emite un Contrato, el servicio estará disponible sujeto a los términos, exclusiones, limitaciones y beneficios descritos en el Contrato de Cobertura (AOC) de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life y en el Anexo A Lista de Beneficios correspondiente, así como en los Endosos, Cláusulas Adicionales y Anexos correspondientes.
- **El solicitante declara que no está inscrito en Medicare Parte A o Parte B en el momento de presentar esta aplicación.**
- El solicitante entiende que tiene derecho a una copia de este formulario.
- El solicitante entiende que si no está satisfecho por cualquier motivo o si las tarifas de la prima no son aceptables, en un plazo de diez (10) días a partir de la recepción del AOC, puede devolver los materiales del AOC y solicitar el reembolso completo de la prima pagada, menos las reclamaciones pagadas, si corresponde.
- El solicitante entiende que el pago enviado con esta solicitud se procesará en el momento de la aprobación y emisión de la póliza.

El solicitante afirma que todas las declaraciones y respuestas de esta solicitud son verdaderas y completas a su leal saber y entender. El solicitante acepta que ésta será la base para aprobar la membresía. El solicitante entiende que, si se determina que la información proporcionada a Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life en esta solicitud es falsa, inexacta o incompleta, en lugar de cancelar la cobertura, Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life tendrá derecho a ajustar retroactivamente los pagos de primas anteriores a la tarifa máxima permitida que se habría facturado si dicha información falsa, inexacta o incompleta hubiera sido correcta. Si Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life no recibe la prima ajustada en un plazo de treinta (30) días a partir de la carta de aviso, la cobertura se dará por terminada a partir de la fecha de pago.

El solicitante entiende que Nevada requiere una autorización específica en la que el solicitante acepte el arbitraje. Si el solicitante no está satisfecho con las conclusiones de una Revisión Médica Independiente, tendrá derecho a que la disputa se someta a arbitraje vinculante ante un árbitro de conformidad con las normas de arbitraje comercial aplicadas por la Asociación de Arbitraje de Estados Unidos.

**Entiendo que debo proporcionar una dirección física a efectos de la aplicación. Además, si realizo cualquier declaración falsa intencional de hechos materiales, Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life tiene derecho a rescindir la cobertura del Plan y declararla nula y sin efecto a partir de la fecha de vigencia original de la cobertura y a reembolsar cualquier prima correspondiente. Toda aplicación que no incluya una dirección física me será devuelta y, en consecuencia, se podrá cambiar la fecha de vigencia solicitada.**

**ADVERTENCIA:** Proporcionar información falsa, incompleta o engañosa de manera deliberada a una compañía de seguros con el fin de defraudarla o intentar defraudarla es un delito. Las sanciones pueden incluir penas de prisión, multas, denegación del seguro e indemnización civil por daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, de manera deliberada, proporcione datos o información falsa, incompleta o engañosa al titular de una póliza o a un reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera con los ingresos del seguro será denunciado a la División de Seguros.

**Representante de ventas internas de planes individuales:** Health Plan of Nevada (HPN)/Sierra Health and Life (SHL) paga una remuneración a los profesionales con licencia contratados y nombrados por nuestra compañía cuando venden productos médicos de HPN/SHL. Por lo general, esta compensación es una parte de la prima del plan y reconoce los servicios prestados por los profesionales con licencia. La prima del plan es la misma independientemente de si se recurre a un profesional con licencia para aplicar al plan y adquirirlo. De acuerdo con la Ley Presupuestaria Consolidada de 2020, se le informa la remuneración pagada por la venta de este plan, que es de hasta \$3.33 al mes durante un periodo de 12 meses. La remuneración puede pagarse directamente al profesional con licencia o a una entidad con licencia en la que el profesional con licencia esté empleado o afiliado. Es posible que se pague una compensación adicional más adelante si el profesional con licencia o su agencia cumplen determinados criterios en el futuro y su plan forma parte del cálculo de si se cumplen dichos criterios. Esta posibilidad podría traducirse efectivamente en un aumento de la remuneración global obtenida por la venta de este producto, pero por el momento se desconoce.

**Corredor y representante de ventas internas de planes individuales:** Health Plan of Nevada (HPN)/Sierra Health and Life (SHL) paga una remuneración a los profesionales con licencia contratados y nombrados por nuestra compañía cuando venden productos médicos de HPN/SHL. Por lo general, esta compensación es una parte de la prima del plan y reconoce los servicios prestados por los profesionales con licencia. La prima del plan es la misma independientemente de si se recurre a un profesional con licencia para aplicar al plan y adquirirlo. De acuerdo con la Ley Presupuestaria Consolidada de 2020, se le informa la remuneración pagada por la venta de este plan, que es de hasta \$21.00 por miembro al mes durante un periodo de 12 meses. La remuneración puede pagarse directamente al profesional con licencia o a una entidad con licencia en la que el profesional con licencia esté empleado o afiliado. Es posible que se pague una compensación adicional más adelante si el profesional con licencia o su agencia cumplen determinados criterios en el futuro y su plan forma parte del cálculo de si se cumplen dichos criterios. Esta posibilidad podría traducirse efectivamente en un aumento de la remuneración global obtenida por la venta de este producto, pero por el momento se desconoce.

 Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Reconozco que la información facilitada en esta aplicación es verdadera y que:**

 Iniciales \_\_\_\_ **Soy residente en Nevada y resido en el área de servicio a cuya cobertura he aplicado.**

 Iniciales \_\_\_\_ **Es posible que deba proporcionar una prueba de residencia.**

 Iniciales \_\_\_\_ **Certifico que ningún tercero sin licencia (p. ej., un centro médico) me ha ayudado a llenar esta aplicación.**

**REPRESENTANTE AUTORIZADO.** Si un representante autorizado está llenando esta solicitud en nombre de un cliente, el representante autorizado entiende y da fe por la presente que tiene autorización por escrito de su cliente para aplicar a la cobertura de seguro de salud en nombre de su cliente. El representante autorizado da fe, además, de que dicha documentación escrita se pondrá a disposición de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life cuando la solicite.

**SOLICITANTE O TUTOR LEGAL DESIGNADO POR EL TRIBUNAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO EN NOMBRE DEL SOLICITANTE:**

 Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Formulario de selección de pago de plan individual para 2026

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CLARA

Primer nombre del solicitante/miembro	Apellido	Inicial del 2.º nombre
Número de ID del miembro	Instrucciones: llene el formulario si ya es miembro y desea modificar su pago automático. Para la opción de autoservicio, inicie sesión en su cuenta en <a href="http://healthplanofnevada.com">healthplanofnevada.com</a> o <a href="http://sierrahealthandlife.com">sierrahealthandlife.com</a>	
<b>Opciones de pago de la prima</b> Debe pagar una prima inicial en el momento de la aplicación.		

¿Hay un tercero que aporte fondos para pagar las primas de la cobertura de su seguro?  Sí  No

Si es así, identifique al tercero que aporta fondos (directa/indirectamente) para pagar las primas: \_\_\_\_\_

Los siguientes son los únicos terceros aceptables que pueden pagar las primas de HPN/SHL en nombre del miembro/asegurado:

- Programa Ryan White contra el VIH/SIDA, en virtud del Título XXVI de la Ley de Servicios de Salud Pública;
- Tribus indígenas, organizaciones tribales u organizaciones urbanas indígenas;
- Empleadores;
- Programas gubernamentales estatales y federales; o
- Familiares.

Si se recibe el pago del miembro/asegurado y se determina que la prima procede de un tercero no aceptable, se informará al miembro/asegurado que el pago será devuelto y que seguirá pendiente para que un tercero aceptable lo efectúe. Si no se recibe el pago de la prima de un tercero aceptable dentro del período de gracia de la prima, la póliza se cancelará por impago de la prima.



Pagaré con la siguiente opción de pago:

Tarjeta de crédito/débito



Giro bancario por EFT/ACH

Cheque o giro postal

Si opta por pagar con **tarjeta de crédito/débito**, deberá proporcionar todos los datos siguientes:

Nombre del titular tal como aparece en la tarjeta			
Dirección de facturación del titular de la tarjeta	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de tarjeta de crédito _____ - _____ - _____ - _____	Fecha de venc. (MM/AA) ____/____	CVV/CVC	
Dirección de correo electrónico	Teléfono celular		

--- 0 ---

Si opta por pagar con **giro bancario por EFT/ACH**, deberá proporcionar todos los datos siguientes:

Nombre del titular de la cuenta bancaria tal como aparece en el extracto bancario	Dirección del titular de la cuenta	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros
N.º de ruta	N.º de cuenta bancaria	
Dirección de correo electrónico	Teléfono celular	

Cantidad que se cobrará al presentar la aplicación \$ \_\_\_\_\_ Seleccione el día del mes para los pagos periódicos \_\_\_\_\_

**(La fecha será el 5.º día del mes si no se introduce ninguna fecha)**

- Pago inicial y pagos mensuales periódicos** Autorizo a Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life a cargar en mi tarjeta de crédito/débito O a cargar en mi cuenta bancaria la cantidad de pago indicada anteriormente en el momento de presentar mi aplicación. También autorizo a Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life a cargar en mi tarjeta de crédito/débito O a cargar en mi cuenta bancaria una cantidad igual a la prima mensual facturada o a cualquier prima vencida para este Plan Individual de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life.
- Solo pago inicial** Autorizo a Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life a cargar en mi tarjeta de crédito/débito O a cargar en mi cuenta bancaria la cantidad de pago indicada anteriormente en el momento de presentar mi aplicación. Entiendo que la cantidad autorizada se cobrará en su totalidad tras la aprobación de esta aplicación y puede que sea o que no sea mi prima mensual final. **Soy responsable de cualquier prima adeudada en mi cuenta. Los créditos se aplicarán a futuras facturaciones.**
- Pagos mensuales periódicos** Autorizo a Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life a cargar en mi tarjeta de crédito/débito O a cargar en mi cuenta bancaria la prima mensual facturada o cualquier prima vencida para este Plan Individual de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life.

La prima mensual se cargará automáticamente en la tarjeta de crédito/débito o se debitará de la cuenta bancaria y en la fecha que se indican arriba (o el siguiente día hábil si se trata de un fin de semana o festivo) en que venza la prima. **Esta autorización estará en pleno vigor y efecto hasta que Health of Nevada/Sierra Health and Life haya recibido aviso por escrito de su cancelación** de forma que Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life y la entidad financiera tengan una oportunidad razonable de actuar al respecto. **En caso de que aumenten sus primas mensuales, la prima con el aumento se deducirá de su cuenta.** El miembro puede iniciar sesión en su cuenta para modificar o cancelar los pagos mensuales.



Firma del titular de la tarjeta/cuenta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_