

Asesor de confianza

Formulario de preparación para el Mercado de Seguros Médicos

Cuando solicite una cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, deberá suministrar cierta información sobre usted y su familia, por ejemplo, sus ingresos, cualquier seguro que tengan actualmente y algunos otros datos. Hemos elaborado esta forma de preevaluación para ayudarlo a reunir toda la información que necesita para solicitar una cobertura. Lleve este formulario con usted a la cita ya que hará que el proceso de solicitud sea más rápido y eficaz.

Nota: No le deje este document a un asesor de solicitud certificado. Es para sus registros.

Información de preevaluación

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección y código postal: _____

*Cantidad de integrantes de la unidad familiar a efectos fiscales: _____

Cuántos necesitan seguro: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Recordatorio de contraseña: _____

Ingresos anuales de la unidad familiar: _____

¿Tiene historial de credito? Sí _____ No _____

Información de la solicitud

Nombre de usuario en healthcare.gov _____

(Su dirección de correo electrónico también será su nombre de usuario cuando inicie sesión.)

Contraseña en healthcare.gov _____

(Requiere de 8 a 20 caracteres, letras mayúsculas y minúsculas, y al menos un número.)

Elija 3 de las siguientes preguntas de seguridad:

¿Comida favorita?

¿Estación de radio favorita?

¿Nombre de su mascota favorita?

¿Ciudad en la que nació su madre?

¿Nombre de su sobrina mayor?

¿Nombre del gerente de su primer trabajo?

¿Nombre de un amigo de la infancia?

¿Fecha importante en su vida?

¿Número de teléfono de un familiar?

Respuesta 1: _____

Respuesta 2: _____

Respuesta 3: _____

Fecha: _____ ID de la solicitud: _____

Este documento es para sus registros. Guárdelo en un lugar seguro.

* La unidad familiar a efectos fiscales se define como toda persona que usted incluya en su declaración de impuestos como dependiente, incluso si no viven con usted; y toda persona que esté a su cargo, sea menor de 21 años y viva con usted; incluido el solicitante, su cónyuge y los hijos que vivan con el solicitante, incluso si estos ganan dinero suficiente como para presentar una declaración de impuestos por su cuenta.

Información de inscripción

¿Recibió informe de elegibilidad? Sí _____ No _____

Monto de subsidio: _____/mes _____/año

Plan de salud seleccionado:

Prima mensual: _____ Deducible: _____ Gastos máximos de bolsillo: _____

Número de teléfono del asegurador: _____

Número de ID del plan: _____

Plan dental seleccionado: _____

Prima mensual: _____

Notas/Pasos siguientes:

Fecha: _____ ID de la solicitud: _____

Este documento es para sus registros. Guárdelo en un lugar seguro.