



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y CAMBIO DE COBERTURA

INSTRUCCIONES

- Necesitará los números de seguro social, las fechas de nacimiento y las direcciones de todos los solicitantes.
- Escriba todas respuestas en tinta azul o negra solamente. Lápiz no será aceptado. Rellene las casillas [] como esta -->■
- Corrija los errores tachando la información incorrecta e inicializando junto a la información correcta.
- El Solicitante Principal debe firmar personalmente el formulario de inscripción. Los cónyuges o dependientes mayores de 17 años deben firmar personalmente el formulario de inscripción.
- Su pago inicial de la prima debe recibirse antes de la fecha de vigencia de la cobertura solicitada para poder utilizar sus beneficios de salud. Puede pagar su prima del primer mes con tarjeta de crédito, giro bancario único o cheque.

SOLICITUD DE PLAN INDIVIDUAL/FAMILIAR

INSCRIPCIÓN ABIERTA

La Inscripción Abierta es del 1 de noviembre al 15 de diciembre. Durante La Inscripción Abierta, puede solicitar cobertura, cambiar de plan o agregar dependientes.

PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN (SEP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Las solicitudes deben ser recibidas dentro de los 60 días posteriores al Evento de Vida Calificante (QLE, por sus siglas en inglés) para poder calificar al Período Especial de Inscripción (SEP). Debe proporcionar documentación justificativa de su QLE.

EVENTOS DE VIDA CALIFICANTES

Por favor, marque UNA:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria de la Cobertura Esencial Mínima por cualquier motivo que no sea fraude, falsificación intencional de un hecho material o falta de pago de la prima | <input type="checkbox"/> Matrimonio/Divorcio |
| <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria del seguro médico patrocinado por el empleador | <input type="checkbox"/> Adopción o colocación para adopción o nombramiento de tutela |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura del hijo o hija dependiente que ha cumplido los 26 años | <input type="checkbox"/> Nacimiento de un niño dependiente |
| <input type="checkbox"/> Recién elegible para un Acuerdo de Reembolso de Cobertura de Salud Individual | <input type="checkbox"/> OTRO (por favor describa): _____ |
| | <input type="checkbox"/> Agotamiento de COBRA |

Por favor, indique la fecha del Evento de Vida Calificante (QLE) (MM/DD/AAAA): _____

NOTA: Los Eventos de Vida Calificante (QLE) requieren documentos justificativos (por ejemplo, certificado de matrimonio, decreto de divorcio, certificado de adopción, certificado de cobertura acreditable, etc.) Adjunte su documentación a esta Aplicación.

Solo los QLE más comunes se mencionan en este formulario, esta no es una lista complete. Por favor llame a nuestro Servicio al Cliente (866) 403-2785.

SOLICITUD DE LA PÓLIZA SOLO PARA HIJOS (MENORES DE 18 AÑOS)

Todas las instrucciones anteriores más:

- Marque la casilla de Solicitud de Solo para hijos y complete la Sección C para el hijo/suscriptor
- El tutor legal del hijo debe completar la Sección de Información del Tutor
- El tutor legal debe firmar la Casilla de Firma 1.

Sección A – Información sobre la Cobertura

TIPO DE SOLICITUD (seleccione una)

- Nueva cobertura
- Cambiar la cobertura de la póliza
ID del Miembro Actual: _____
- Agregar dependiente(s) a la cobertura actual
ID de Miembro Actual: _____

Envíe su formulario de inscripción:

Correo:
Alliant Health Plans
PO Box 2088
Dalton, GA 30722

Correo Electronico:
SoloCare@Alliantplans.com

Sección B – Elección del Plan de Inscripción (Nombre del Plan y Opciones de Deducible/Coseguro)

Por favor indique el nombre e identificación del PLAN: (ejemplo: SoloCare Silver Copay)

Sección C – Información del Solicitante Principal

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Número de Seguro Social (SSN)	¿No SSN? Marque Una: <input type="checkbox"/> Recién Nacido <input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia Permanente <input type="checkbox"/> Pasaporte Número de Identificación:		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección de Casa	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección de Correo	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Número de Teléfono ()	Teléfono Móvil ()	Correo Electrónico		
En los últimos 6 meses, ¿ha consumido tabaco? (4 o más veces por semana en promedio) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

Marque aquí si se trata de una SOLICITUD SOLO PARA HIJOS (menores de 18 años)

Información sobre el Tutor Legal

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre:	
Dirección (si es diferente a la anterior)			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado

Preferencia de Comunicación

¿Cuál es su idioma escrito preferido? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	¿Cuál es su idioma hablado preferido? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español
---	---

Sección D – Información del Cónyuge que debe ser Cubierto

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	En los últimos 6 meses, ¿ha consumido tabaco? (4 o más veces por semana en promedio) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Sección E – Hijos dependientes que deben ser Cubiertos (Todos los campos son obligatorios. Por favor, adjunte una hoja separada si es necesario.)

Escriba la información de todos los hijos dependientes adicionales que estarán cubiertos por esta cobertura. Un Dependiente Eligible puede ser su(s) hijo(s), o el (los) hijo(s) de su cónyuge, menor(es) de 26 años

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social	Usuario de Tabaco <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Número de Teléfono			Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		
Dirección del Correo (si es diferente del Solicitante Principal)			Correo Electrónico		

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social	Usuario de Tabaco <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Número de Teléfono			Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		
Dirección del Correo (si es diferente del Solicitante Principal)			Correo Electrónico		

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social	Usuario de Tabaco <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Número de Teléfono			Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		
Dirección del Correo (si es diferente del Solicitante Principal)			Correo Electrónico		

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social	Usuario de Tabaco <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Número de Teléfono			Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		
Dirección del Correo (si es diferente del Solicitante Principal)			Correo Electrónico		

¿Todos los Solicitantes que figuran en esta solicitud son residentes legales de los Estados Unidos y residentes del estado en el que está solicitando cobertura? Si No

¿Todos los Solicitantes son ciudadanos de los Estados Unidos, nacionales o extranjeros legalmente presentes? Si No

Sección F – Otra Cobertura Medica

¿Usted o alguien que solicita cobertura actualmente es elegible para Medicare? Si No

¿Si la respuesta es sí, quien? _____

Nota: SoloCare no es un plan suplementario. Si está cubierto por Medicare, por favor consulte con un agente de seguros médicos con licencia sobre sus opciones. Si actualmente está inscrito en Medicare, por favor contacte a un representante de SoloCare en SoloCare@AlliantPlans.com o al (866) 403-2785.

Recibo Condicional

ESTE RECIBO NO PROPORCIONA NINGUNA COBERTURA HASTA QUE SE CUMPLAN TODOS LOS TERMINOS Y CONDICIONES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN.

Alliant ha recibido del Solicitante nombrado un depósito por adelantado equivalente a la prima del primer mes junto con una solicitud de cobertura de seguro médico designada. Dicho pago se acepta sujeto a las siguientes condiciones:

Sujeto a las disposiciones del contrato, la cobertura solicitada será efectiva a partir de, y la fecha del contrato a partir del día siguiente a la aceptación por parte de Alliant, a menos que se especifique lo contrario, siempre que el pago evidenciado por este recibo sea la prima completa del primer mes y siempre que Alliant determine que a la fecha de la Solicitud todas las personas cubiertas propuestas eran aceptables para la cobertura y para los beneficios solicitados. Si la Solicitud no es aprobada por Alliant dicho Plan no incurrirá en ninguna responsabilidad y el pago evidenciado por este recibo será reembolsado al Solicitante. Nadie tiene la autoridad para renunciar o modificar ninguno de los términos o condiciones de este recibo.

Si no recibe un contrato dentro de los 60 días, por favor comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al (866) 403-2785.

Aviso Abreviado de Practicas de Información de Seguros

LEY DE PRIVACIDAD. La ley estatal de Georgia establece normas para la recopilación, el uso y la divulgación de la información recogida en relación con las transacciones de seguros. La Solicitud adjunta a este aviso contiene preguntas personales específicas sobre usted y sus dependientes. Necesitamos sus respuestas para decidir si califica para la cobertura. Estamos obligados a informarle que la información personal puede ser recopilada de personas que no sean usted o de otras personas propuestas para la cobertura. Se puede realizar un informe de investigación del consumidor para ayudarnos a obtener datos médicos adicionales de los médicos u hospitales.

TODOS LOS DATOS CONFIDENCIALES. Código Oficial de Georgia, Sección de Código 33-39-5, subsección (c) (de 1 a 4) requiere que:

1. Se puede recopilar información personal de personas que no sean la persona o personas propuestas para la cobertura;
2. Dicha información, así como otra información personal o privilegiada recopilada posteriormente por la institución o el corredor de seguros, podrá, en determinadas circunstancias, divulgarse a terceros sin autorización;
3. Existe un derecho de acceso y corrección con respecto a toda la información personal recopilada; y
4. La notificación en la subsección (b) de la Sección del Código mencionada anteriormente se proporcionará al Solicitante o al titular de la póliza si lo solicita.

ACCESO A SUS DATOS. Tiene derecho a ver u obtener una fotocopia de su información personal que tenemos. También tiene derecho a enviarnos una solicitud por escrito si desea que se modifique, corrija o elimine su información personal Si desea tener una explicación más detallada de nuestras prácticas de información. Por favor comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al (866) 403-2785.

Sección G: Términos, Condiciones y Autorizaciones

Por favor, lea atentamente esta sección antes de firmar la solicitud.

- Al firmar esta Aplicación, acepto y doy mi consentimiento para la grabación y/o monitoreo de cualquier conversación telefónica entre Alliant Health Plans y yo o mi representante autorizado.
- Reconozco y acepto que el número de teléfono y la información de contacto que he proporcionado a Alliant se pueden utilizar para ponerse en contacto conmigo para solicitar cualquier cobro de deudas o para comunicarse conmigo en relación con mi cuenta. Autorizo a Alliant o a sus contratistas o agentes a contactarme con respecto al cobro de deudas o con mi cuenta utilizando mi número de teléfono o celular u otras formas de identificación proporcionadas a Alliant. Reconozco que Alliant o sus contratistas o agentes pueden comunicarse conmigo utilizando un marcador automático.
- **ACEPTO COMUNICARME Y RECIBIR COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO O POR MENSAJE DE TEXTO DE HEALTH ONE ALLIANCE, INC. Y SUS SUBSIDIARIAS Y AFILIADAS.** AL COMUNICARME POR CORREO ELECTRONICO Y AL PROPOCIONAR VOLUNTARIAMENTE MI NUMERO DE TELÉFONO CELULAR, ACEPTO Y RECONOZCO QUE ENTIENDO QUE EL CORREO ELECTRÓNICO Y EL MENSAJE DE TEXTO NO SON UNA FORMA SEGURO DE COMUNICACIÓN Y PUEDEN ESTAR SUJETOS AL USO O ACCESO NO AUTORIZADO POR PARTE DE TERCEROS. AL ENVIAR O RECIBIR COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO O POR MENSAJE DE TEXTO, ACEPTO ASUMIR EL RIESGO DE UN ACCESO NO AUTORIZADO AL TEXTO DEL CORREO ELECTRÓNICO O DEL MENSAJE DE TEXTO PARA TENER EL BENEFICIO DE LAS COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO O MENSAJES DE TEXTO RELACIONADAS CON ESTOS SERVICIOS.
 - EXCLUSIÓN VOLUNTARIA: NO QUIERO COMUNICARME NI RECIBIR COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO O POR MENSAJE DE TEXTO DE HEALTHONE, INC. Y SUS SUBSIDIARIAS Y AFILIADAS.
- Entiendo que, aunque Alliant Health Plans requiere el pago con mi Solicitud, enviar mi prima inicial con esta Solicitud, y la recepción de mi pago por parte de Alliant, no significa que la cobertura haya sido aprobada. Estoy solicitando la cobertura seleccionada en esta Aplicación. Entiendo que, en la medida permitida por la ley, Alliant se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta Aplicación, y no se crea ningún derecho por medio de esta Aplicación. Entiendo que, si mi Aplicación es rechazada, cualquier prima pagada será reembolsada.
- **Los Dependientes Elegibles** incluyen al cónyuge del suscriptor y a todos los hijos hasta que cumplan los 26 años. Los hijos incluyen hijos naturales, niños legalmente adoptados e hijastros. También se incluyen sus hijos (o hijos de su cónyuge) para quienes usted tiene responsabilidad legal como resultado de un decreto judicial válido. Los niños de crianza temporal a quienes espera criar hasta la edad adulta y que viven con usted en una relación regular entre padre e hijo se consideran hijos. Sin embargo, a los efectos de este contrato, no existe una relación padre-hijo entre usted y un niño acogido si uno de los dos padres naturales del niño también vive con usted. Además, Alliant no considera como

dependiente a un niño colocado en un hogar como acogido por la agencia de bienestar social, siempre y cuando la agencia de bienestar social proporcione toda o parte de la manutención del niño.

- **Dependiente Incapacitado:** Un dependiente en el que el Solicitante o el cónyuge del Solicitante es el tutor legal designado por el tribunal; y el dependiente es mental o físicamente incapaz de ganarse la vida según lo determinado por el Departamento de Recursos Humanos de Georgia, y el dependiente depende principalmente del solicitante para su sustento y su manutención, siempre que el inicio de dicha incapacidad haya ocurrido antes de que el dependiente cumpliera los 26 años.
- Soy responsable de notificar oportunamente a Alliant de cualquier cambio que me haga a mi o a cualquier dependiente inelegible para la cobertura.
- Entiendo que Alliant puede convertir mi pago con cheque en una transacción de débito electrónica de la Cámara de Compensación Automatizada (CCA) (ACH, por sus siglas en inglés) y que mi cheque original será destruido. La transacción de débito aparecerá en mi estado de cuenta bancario, aunque mi cheque no será presentado a mi institución financiera ni devuelto a mí. Esta transacción de débito de ACH no me inscribirá en ningún proceso de débito automático de Alliant y solo ocurrirá cada vez que envíe un cheque a Alliant Health Plans. Entiendo que Alliant puede, a su discreción, intentar procesar el pago nuevamente dentro de los 30 días, y estoy de acuerdo con aceptar un cargo adicional de \$35 por cada intento devuelto Fondos No Suficientes (NSF, por sus siglas en inglés) que se iniciara como una transacción separada del pago recurrente autorizado. Entiendo que todas las transacciones de cheques permanecerán siendo seguras, y mi pago con cheque constituye la aceptación de estos términos.
- Alliant Health Plans, Inc. ("AHP"), a través de sí misma y de su organización matriz Health One Alliance, LLC ("HOA"), proporciona servicios de administración, marketing y apoyo a Serventy Insurance Corporation, Inc. ("Serventy") y a AHP. Al inscribirse en los programas de AHP o Serventy, usted autoriza a AHP o a sus afiliados a mantener una base de datos centralizada de información demográfica y de productos para administrar los servicios que apoyan su acceso a los productos y servicios. Si hay actualizaciones de su información personal recibidas por AHP o Serventy, esa misma información será divulgada y actualizada a la otra entidad a través de esta base de datos centralizada. El propósito de esta divulgación de información entre AHP y Serventy será actualizar su información demográfica, de pago o de producto. Puede revocar la autorización mediante una notificación por escrito a Alliant Health Plans, a la atención de PHI Forms, PO BOX 1128, Dalton, Georgia 30722, o por correo electrónico a PHI@AlliantPlans.com. Al recibir su revocación, HOA y AHP no actualizarán sus datos dentro del sistema Serventy, y su cuenta será separada. Cualquier información utilizada o divulgada antes de la revocación permanecerá en las bases de datos combinadas.
- Reconozco que he leído los Términos, Condiciones y Autorizaciones, y acepto dichas disposiciones como condición de la cobertura. Declaro que las respuestas dadas a todas las preguntas de esta Aplicación son verdaderas y precisas según mi leal saber y entender, y entiendo que Alliant se basa en ellas al aceptar esta Aplicación. Cualquier acto, práctica, u omisión que constituya fraude o tergiversación intencional de hechos materiales que se encuentren en esta Aplicación puede resultar en la denegación de los beneficios, la rescisión o la cancelación de mi(s) cobertura(s).
- Doy esta autorización para y en nombre de cualquiera de los Dependientes Eligibles y de mí mismo. Estoy actuando como su agente y representante.
- Reconozco que Alliant me ha informado de lo siguiente antes de mi inscripción en su plan de cobertura de atención médica:
 - número, combinación y ubicación de los proveedores de atención médica participantes/de la red;
 - limitaciones de opciones de la participación de los proveedores de atención médica/de la red;
 - divulgación de la relación contractual entre el proveedor de participación/red y Alliant Health Plans; la solicitud será modificada únicamente por el Solicitante o con su consentimiento por escrito.

Firme Aquí	Firma del Solicitante* o del Representante Legal	Fecha (MM/DD/AAAA)
	Firma del cónyuge o hijo(s) dependiente(s) de 18 años o más (si estará cubierto) o Representante Legal	Fecha (MM/DD/AAAA)
	Firma del hijo(s) dependiente(s) de 18 años o más (si estará cubierto)	Fecha (MM/DD/AAAA)
	Firma del hijo(s) dependiente(s) de 18 años o más (si estará cubierto)	Fecha (MM/DD/AAAA)

* (o firma del padre o tutor legal si el solicitante es menor de 18 años)

Servicios de interpretación y traducción están disponibles en todos los idiomas. Si usted o un miembro de su familia necesita ayuda en español para entender este documento, puede solicitarla sin costo adicional llamando al (866) 403-2785.

Sección H: Certificación del Agente (Broker Certification)

***Esta sección debe ser completada por su agente designado por Alliant Health Plans (si corresponde).
This section should be completed by your Alliant Health Plans- appointed broker (if applicable)***

Did you see the proposed subscriber (and spouse, if applying) at the time this Application was executed?

Yes No

If **NO**, please explain: _____

I certify to the best of my knowledge and belief, the responses herein are accurate.

Broker Signature		Date	
Broker Name		Broker Street Address/Suite No./Personal Mail Box (PMB) No.	
Broker NPN	Broker Parent TIN	City	State Zip Code
Broker Phone	Broker Fax	Broker Email	

Authorization for Use of Protected Health Information

By signing below: I authorize Alliant Health Plans, or a broker, subsidiary or affiliate that has a Business Associate Agreement with Alliant Health Plans, to obtain any medical records or other health history information concerning me and any family member listed on my Application from any physicians, hospitals, pharmacies, other health care providers, pharmacy benefits managers, health benefits plans, health insurers, medical or pharmacy benefit administrators, Consumer Reporting Agencies, MIB, Inc., formerly Medical Information Bureau (MIB), and/or insurance support organizations.

This authorization is subject to revocation at any time by written notice to Alliant Health Plans except to the extent that Alliant Health Plans has already taken action in reliance on this authorization. If I revoke this authorization after I initially apply for coverage, I understand that I/we will not be considered for coverage. If I revoke this authorization after I ask to upgrade my coverage or add a family member, I understand that the change will not be made. I understand that if my and/or my family's information is to be received by individuals or organizations that are not health care providers, health care clearinghouses or health plans governed by federal privacy regulations, my/our information might be re-disclosed by any of those recipients and will not be protected by federal privacy regulations. A copy of this authorization is available to me, or to my authorized representative, upon request and will serve as the original.

Authorization for use of Protected Health Information (PHI) is valid for the initial term of the policy, automatically renewing as the policy renews, unless written revocation is provided by the policy holder. Failure to renew the policy will result in revocation of authorization, effective 24 months from the date of termination.

Sign Here	Printed Name of Applicant* or Legal Representative	Signature of Applicant* or Legal Representative	Date (MM/DD/YYYY)
	Printed Name of Spouse or Dependent Child(ren) age 18 or over (if to be covered) or Legal Representative	Signature of Spouse or Dependent Child(ren) age 18 or over (if to be covered) or Legal Representative	Date (MM/DD/YYYY)
	Printed Name of Dependent Child(ren) age 18 or over (if to be covered)	Signature of Dependent Child(ren) age 18 or over (if to be covered)	Date (MM/DD/YYYY)

****If listed on your Application or change form, your spouse and each dependent child age 18 or over must sign above. If a legal representative signs on behalf of the Applicant or spouse, a copy of the legal representative's authority must be attached to the Application. A photocopy of this form will be as valid as the original. You or an authorized representative have the right to receive a copy of this Authorization upon request.***

OPCIONES DE PAGO -INSCRIPCIÓN DE SOLOCARE



Pago de Inscripción

Elija entre las siguientes opciones de pago para el primer mes/pago efectivo:

- Pago automático (debe recibirse antes del día 14 del mes antes de la fecha de entrada en vigor)
- Débito/Crédito
- Débito/Crédito para el primer pago e inscripción en el Pago Automático

Tarjeta de Crédito/Débito

Tarjeta de Crédito/Débito – Como una conveniencia para mí, solicito y autorizo a Alliant Health Plans a cargar a mi tarjeta un debito inicial **por una sola vez al ser aprobado**. Entiendo que esta autorización se aplicara a todos los productos seleccionados. Entiendo que el monto del pago inicial puede variar como resultado de un cambio(s) durante la revisión de elegibilidad y/o los montos de pago posteriores pueden variar como resultado de los cambios que yo realice una vez inscrito, tales como, pero no limitado, agregar y eliminar dependientes, cambiar mi residencia cambio de cobertura y/o cambios realizados por Alliant Health Plans de los cuales se me notifica de acuerdo con mi plan/póliza. Acepto que Alliant Health Plans estará totalmente protegido al honrar cualquiera de los dichos pagos con tarjeta. Además, acepto que, si se deshonra cualquier pago con tarjeta, ya sea con o sin causa y ya sea intencional o inadvertidamente, Alliant Health Plans no tendrá responsabilidad alguna, incluyendo cualquier cargo impuesto por mi banco, en caso de que mi tarjeta sea rechazada a pesar de que dicha deshonra resulte en la pérdida de cobertura.

Elija su tipo de tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard		
Número de Tarjeta	Fecha de Vencimiento	Código de Seguridad (3 dígitos)
Dirección de Facturación de la Tarjeta	Ciudad	Código Postal
Nombre del Titular de la Tarjeta (tal como aparece en la tarjeta – POR FAVOR IMPRIMA)	Firma del Titular de la Tarjeta (como aparece en la tarjeta)	Fecha

Cheque

Enviar por correo un Cheque en papel – Cuando proporciona un cheque en papel como pago, usted autoriza a Alliant Health Plans a utilizar la información de su cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos de su cuenta por una sola vez o para procesar el pago como una transacción con cheque. Cuando Alliant Health Plans utilice esta información de su cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos, los fondos serán retirados de su cuenta tan pronto como la fecha de aprobación de la cobertura, y usted no recibirá su cheque de vuelta de su institución financiera.

Por favor, envíe su cheque por correo a la siguiente dirección o adjúntelo a esta Solicitud:

Alliant Health Plans
P.O. Box 2088
Dalton, GA 3072

Ajunte el cheque aquí

Continúe a la siguiente página



PAGOS AUTOMÁTICOS

PARA INDIVIDUOS Y GRUPOS

Por favor, responda con letra legible con tinta negra/azul. Los espacios y firmas incompletas y/o ilegibles pueden causar un retraso en su inscripción. Los representantes del grupo deben completar las secciones A, C, D y E. Los miembros individuales deben completar las secciones A, B, D y E.

Sección A: Tipo de Autorización

Por favor marque una: NUEVA INSCRIPCIÓN CAMBIAR INSCRIPCIÓN CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Sección B: Información del Suscriptor (SOLO para ser completada por individuos)

Primer Nombre: _____ Inicial de Segundo Nombre _____ Apellido: _____

Número de Identificación del Suscriptor (como aparece en la tarjeta de ID): _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Sección C: Información de Grupo (SOLO para ser completada por Grupos)

Nombre del Grupo: _____

Representante del Grupo: _____ Número de Identificación del Grupo (como aparece en la tarjeta de ID): _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Sección D: Información de la Institución Financiera

Nombre Completo del Titular de la Cuenta	Dirección de Facturación del Titular de la Cuenta
Nombre de la Institución Financiera	Tipo de Cuenta (marque una) <input type="checkbox"/> CHEQUES <input type="checkbox"/> AHORROS NO se requiere de un cheque anulado
Número de Ruta / Tránsito de la Institución Financiera	Número de Cuenta de la Institución Financiera

Sección E: Consentimiento y Firma

Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) que Alliant Health Plans presente entradas de débito a la cuenta bancaria mencionada anteriormente y del depositario mencionado anteriormente para debitar lo mismo a tal cuenta. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que soy (somos) responsable de la validez de la información en este formulario. Si Alliant Health Plans deposita fondos por error en mi (nuestra) cuenta, yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a Alliant Health Plans a iniciar las entradas de débito necesarias, sin exceder el total de la cantidad original acreditada. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que debido a que esta es una transacción electrónica, estos fondos pueden ser retirados de mi cuenta a partir de las fechas de transacciones periódicas mencionadas anteriormente. En el caso de que una transacción sea rechazada por Fondos No Suficientes (NSF, por sus siglas en inglés), yo (nosotros) entiendo (entendemos) que Alliant Health Plans puede a su discreción intentar procesar el pago nuevamente dentro de los 30 días y acepto (aceptamos) un cargo adicional de \$35 por cada intento devuelto por Fondos No Suficientes, que se iniciará como una transacción separada del pago recurrente autorizado. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que Alliant Health Plans cancelará una inscripción de pago automático que falle durante dos meses consecutivos.

Yo (nosotros) estoy (estamos) de acuerdo en cumplir con todos los requisitos de certificación de Alliant Health Plans y los reglamentos, reglas, manuales, boletines, normas y directrices aplicables del programa publicadas por Alliant Health Plans o su(s) afiliado(s) o subcontratista(s) autorizado(s). Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que cualquier falsificación u ocultación de un hecho material puede ser procesada bajo las leyes federales y estatales.

Yo (nosotros) continuaré (continuaremos) manteniendo la confidencialidad de los registros y otra información relacionada con los clientes cubiertos por los programas ofrecidos a través de Alliant Health Plans de acuerdo con las leyes, normas y reglamentos estatales y federales aplicables.

Fecha de Pago Automático: 25 del Mes (o el siguiente día laboral)

Por favor, tenga en cuenta que: su pago se procesará el día 25 de cada mes, o el siguiente día laboral, para el pago de la prima del mes siguiente. Este formulario debe recibirse antes del 15 del mes para que el Pago Automático se configure en el horario mencionado anteriormente. Hasta que se configure su Pago Automático, usted debe realizar el pago de su prima enviando un cheque por correo, visitando nuestra página web o llamando al sistema de pago telefónico IVR.

Como individuo(s) con capacidad de proporcionar consentimiento, mi nombre completo escrito a máquina a continuación constituye mi firma y pretende ser vinculante

Firma del Titular de la Cuenta: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación al Suscriptor: _____

Firma del Suscriptor: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Correo Electrónico: _____

ENVÍE ESTE FORMULARIO A:

Alliant Health Plans
PO Box 1128
Dalton, GA 30722

Fax: (706) 229-6287

Correo Electrónico: AutoPay@AlliantPlans.com