

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA EL 2025



## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y desean unirse a un plan Medicare Advantage.

## Para unirse a un plan, debe cumplir estos requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener las dos partes siguientes de Medicare:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

## ¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1 de enero);
- dentro de los 3 meses posteriores a su afiliación inicial a Medicare;
- en ciertas situaciones en las que se le permite unirse a un plan o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su domicilio permanente y su número de teléfono

**Nota:** Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales. No podremos negarle cobertura por el simple hecho de que no los complete.

## Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir el formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por que la prima se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro social (o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios).

## ¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

**SCAN Health Plan**  
Attention: Enrollment and Reconciliation  
PO BOX 22616  
LONG BEACH CA 90801

Una vez que el plan procese su solicitud de inscripción, se pondrá en contacto con usted.

## ¿Cómo puedo obtener ayuda con el formulario?

Llame a SCAN Health Plan al **1-855-844-7226**, los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a SCAN Health Plan al 1-855-844-7226 TTY: 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un/a representante estará disponible para asistirle.

## Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, puede indicar un apartado postal, la dirección de un refugio o de una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) como su dirección de residencia permanente.

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. OMB No. 0938-1378 Expires: 6/30/2026



**1**

Todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

**Seleccione el plan al que desee unirse:**

**SCAN Classic (HMO)**

- 001 Condado de Bexar \$0 al mes
- 005 Condado de Harris \$0 al mes

**SCAN MyChoice (HMO)**

- 010 Condado de Bexar \$0 al mes
- 011 Condado de Harris \$0 al mes

**SCAN Balance (HMO C-SNP)**

- 002 Condado de Bexar \$0 al mes
- 006 Condado de Harris \$0 al mes

**SCAN Strive (HMO C-SNP)**

- 009 Condados de Bexar y Harris \$18.30 al mes

**IMPORTANTE:**

No envíe este formulario ni elementos que contengan su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de aprobación de informes de la PRA. Destruiremos toda la correspondencia que recibamos que no guarde relación con cómo mejorar este formulario o reducir el tiempo necesario para recopilar la información (según se describe en la declaración de la OMB 0938-1378). No se conservará, analizará ni reenviará al plan. Consulte "¿Qué ocurre después?" en la página anterior para enviar el formulario completado al plan.

Y0057\_SCAN\_21187\_2025\_M 07242024



1

Todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales) (cont.)

Apellido:

Nombre:  Inicial del segundo nombre (opcional)

Fecha de nacimiento:  /  /  Sexo:  Masculino  Femenino  
M M D D A A A A

Número de teléfono: (  )  -

**Dirección de residencia permanente** (no indicar un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:  Estado:  Código postal:

**Dirección postal**, si no coincide con la dirección permanente (se admiten apartados postales):

Dirección:

Ciudad:  Estado:  Código postal:

**Contacto de emergencia:** (opcional)

Número de teléfono: (  )  -

Relación: \_\_\_\_\_

**Su información de Medicare:**

Número de Medicare:  -

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (tal como la cobertura de VA, TRICARE) además de SCAN Health Plan?  
 Sí  No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

Número de miembro de esta cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo de esta cobertura: \_\_\_\_\_

¿Está inscrito/a en el programa Medi-Cal (Medicaid) de su estado?  Sí  No

Si responde "Sí", indique su número de Medi-Cal (Medicaid): \_\_\_\_\_

**Complete esta sección solo si se inscribirá en un plan SCAN Balance o SCAN Strive.**

¿Su médico/a le ha diagnosticado alguna de estas afecciones?

- Insuficiencia cardíaca congestiva  Sí  No
- Enfermedad de la arteria coronaria  Sí  No
- Arritmia cardíaca  Sí  No
- Enfermedad vascular periférica  Sí  No
- Enfermedad tromboembólica venosa crónica  Sí  No
- Diabetes  Sí  No



# 1

Todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales) (cont.)

## IMPORTANTE: Lea esta información y firme a continuación:

- Debo conservar tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer afiliado a SCAN Health Plan.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que SCAN Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la sección Declaración en el marco de la Ley de privacidad, más abajo). Responder este formulario es opcional. Sin embargo, no responder podría afectar mi inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience la cobertura de SCAN Health Plan, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de SCAN Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y los servicios proporcionados por SCAN Health Plan y otros servicios incluidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de SCAN Health Plan (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni SCAN Health Plan pagarán los beneficios ni los servicios que no están cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información de esta solicitud de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se dará de baja mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si un representante autorizado firma el documento (tal como se describió anteriormente), esta firma certifica:
  - 1) que esta persona está autorizada según la ley del estado a completar esta inscripción y
  - 2) que la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy:    -    -

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con la persona inscrita:

# 2

Todos los campos de esta sección son opcionales.

**Responder estas preguntas es opcional. No podremos negarle cobertura por el simple hecho de que no las responda.**

¿Su origen es hispano, latino o español? Elija todas las opciones que correspondan.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No, no tengo origen hispano, latino ni español      | <input type="checkbox"/> Sí, soy de Cuba                                 |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy de México o tengo origen mexicano o chicano | <input type="checkbox"/> Sí, tengo otro origen hispano, latino o español |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy de Puerto Rico                              | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder.                          |



<p>¿Cuál es su raza? Elija todas las opciones que correspondan.</p> <input type="checkbox"/> Indoamericana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Indoasiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Camboyana <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Otra raza asiática <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra raza isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b> <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> No lo sé	
<p>¿Cuál es su identidad de género? Seleccione una opción.</p> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b> <input type="checkbox"/> Otro género _____	
<p>¿Cuál es su orientación sexual? Seleccione una opción.</p> <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b> <input type="checkbox"/> Otra orientación sexual _____	
<p>¿Cuáles son sus pronombres?</p> <input type="checkbox"/> Él/le <input type="checkbox"/> Ella/la <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Elle/le <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b>	
<p><b>Suscripción al correo electrónico:</b></p>	<p>Dirección de correo electrónico: _____</p>
<p>Quiero recibir el siguiente material por correo electrónico:</p> <input type="checkbox"/> Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, acepto recibir el material de SCAN en línea en lugar de por correo postal de EE. UU. Entiendo que esto incluye documentos como la Explicación de beneficios (EOB) de la Parte C y de la Parte D, la Notificación anual de cambios (ANOC) y que puedo regresar al correo postal de EE. UU. en cualquier momento.	
<p><b>Suscripción a los mensajes de texto:</b></p>	<p>Número de teléfono celular: (    )    -   </p>
<p>* Al proporcionar mi número, acepto recibir mensajes de texto automáticos o de otro tipo de parte de SCAN Health Plan por motivos relacionados con la atención médica, los beneficios o cualquier otro motivo. Dicho consentimiento no es una condición para recibir los servicios y puedo cancelar la inscripción en cualquier momento. Se pueden cobrar tarifas por el uso del servicio de mensajería y de los datos.</p>	
<p><b>Idioma de preferencia:</b></p>	<p>Marque una de estas casillas si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés:  <input type="checkbox"/> Español    <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>¿Cuál es su idioma preferido para la comunicación oral (en caso de que no sea el inglés)?  <input type="checkbox"/> Español    <input type="checkbox"/> Otro _____</p>
<p>Marque una de estas casillas si desea que le enviemos información en un formato accesible: <input type="checkbox"/> Braille    <input type="checkbox"/> Letra grande  <input type="checkbox"/> CD de audio    <input type="checkbox"/> CD de datos</p> <p>Comuníquese con SCAN Health Plan al 1-855-650-7226 (TTY: 711) si necesita recibir información en un formato accesible que no sea ninguno de los anteriores. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.</p>	
<p>¿Trabaja?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Su cónyuge/pareja trabaja?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>No tengo un/a médico/a de atención primaria preferido/a. Quiero que se me asigne automáticamente un/a médico/a de atención primaria contratado/a por SCAN.    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Indique su médico/a de atención primaria (PCP), su clínica o su centro de salud: _____</p>	
<p>Número del médico/de la médica de atención primaria:  _____ - _____</p>	<p>Número del grupo médico: _____</p>
<p>¿Es paciente de este/a médico/a actualmente?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>	



### 3

## Cómo pagar la prima del plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que deba o que pueda deber) por correo, con transferencia electrónica de fondos (EFT) o con tarjeta de crédito todos los meses. **También puede optar por que su prima se tome automáticamente de su beneficio del Seguro social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB) todos los meses.**

**En caso de que le corresponda pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), deberá pagar esta cantidad adicional además de la prima del plan. NO le pague a SCAN Health Plan la IRMAA de la Parte D.**

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura.**
- Realizar la deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB).**

Recibo beneficios mensuales de la siguiente fuente:  El Seguro social  La RRB

El débito del Seguro social o la RRB puede tardar hasta dos o más meses en comenzar después de que el Seguro social o la RRB aprueben el débito. En la mayoría de los casos, si el Seguro social o la RRB aceptan su solicitud para la deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro social o la RRB incluirá todas las primas vencidas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta que comiencen las retenciones. Si el Seguro social o la RRB no aprueban su solicitud para el débito automático, le enviaremos una factura impresa para que pague sus primas mensuales. Puede configurar su método de pago preferido, incluida la transferencia electrónica de fondos (EFT) o el pago con tarjeta de crédito o débito, llamando a Servicios para Miembros de SCAN al 1-855-650-7226, del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana; desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Usuarios de TTY.

También puede ingresar en [www.scanhealthplan.com/members/register](http://www.scanhealthplan.com/members/register) para registrar su cuenta en línea para miembros de SCAN y realizar los pagos en línea.

#### SOLO PARA PERSONAS QUE AYUDAN A LA PERSONA INSCRITA A COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agente, corredor/a, asesor/a de SHIP, familiar u otros terceros) que ayuda a una persona inscrita a completar este formulario

Nombre:	Relación con la persona inscrita:
Firma:	Número de productor nacional (Solo agentes/corredores):

#### DECLARACIÓN EN EL MARCO DE LA LEY DE LA PRIVACIDAD

Los centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información sobre los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar datos sobre la inscripción de beneficiarios de Medicare de acuerdo con lo que se indica en el Aviso de sistema de registro (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", correspondiente al sistema n.º 09-70-0588. Responder este formulario es opcional. Sin embargo, no responder podría afectar mi inscripción en el plan.

Y0057\_SCAN\_21187\_2025\_M 07242024

#### Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

**Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Lea cuidadosamente las siguientes frases y marque la casilla si se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si, más adelante, determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción podría ser cancelada.

- Soy nuevo/a en Medicare.<sup>(1)</sup>
- Estoy inscrito/a en un plan Medicare Advantage y quisiera cambiarme durante el período abierto de inscripción de Medicare Advantage (MA OEP).<sup>(2)</sup>
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el.<sup>(3)</sup>  /  /



## Declaración de elegibilidad para un período de inscripción (cont.)

- Hace poco fui liberado/a de prisión. Fui liberado/a el:<sup>(4)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Hace poco volví a Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de Estados Unidos. Volví a Estados Unidos el:<sup>(5)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Hace poco obtuve un estado de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve el estado el:<sup>(6)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Hace poco hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid). Esto ocurrió el:<sup>(7)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Hace poco hubo un cambio en la Ayuda adicional que recibo para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta (obtuve la Ayuda adicional por primera vez, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional). Esto ocurrió el:<sup>(8)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o tengo Ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta, pero no hubo ningún cambio.<sup>(9)</sup>
- Me estoy mudando a un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia o centro de atención médica a largo plazo), vivo en este centro o hace poco me fui de este centro. Me mudé/me mudaré/me fui del centro el:<sup>(10)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Hace poco abandoné un programa de atención integral para las personas de edad avanzada (programa PACE). Esto ocurrió el:<sup>(11)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Hace poco, y de forma involuntaria, perdí mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (una cobertura igual de buena que la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el:<sup>(12)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Abandonaré mi cobertura del empleador o sindicato el:<sup>(13)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Soy parte de un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.<sup>(14)</sup>
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.<sup>(15)</sup>
- Estaba inscrito/a en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el:<sup>(16)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Estuve inscrito/a en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero dejé de cumplir los requisitos de necesidades especiales de ese plan. Mi inscripción en el SNP fue dada de baja el:<sup>(17)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Resulté afectado/a por una emergencia o un gran desastre (declarados como tales por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] o un organismo del gobierno federal, estatal o local). Una de las frases anteriores se aplicaba a mi caso, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido al desastre.<sup>(18)</sup>
- Estoy en un plan Medicare Advantage que fue puesto en suspensión de pagos o fue adquirido por el estado o por el ente regulador territorial debido a problemas financieros.<sup>(19)</sup>
- Estoy en un plan Medicare Advantage que ha tenido una calificación de menos de 2.5 estrellas en la Parte C o la Parte D durante los últimos 3 años y que ha recibido un ícono de bajo desempeño por parte de los CMS.<sup>(20)</sup>
- Pago una prima por la Parte A y me inscribí en la Parte B durante el Período de inscripción general (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año). Quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) o en un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos.<sup>(21)</sup>
- Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un Período de inscripción especial para el que calificué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura para medicamentos).<sup>(22)</sup>

Si ninguna de estas opciones se aplica a su caso, o si no está seguro/a, comuníquese con SCAN Health Plan al 1-855-650-7226 (TTY: 711) para ver si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil).

### INTERNAL OFFICE USE ONLY

NAME OF STAFF MEMBER/AGENT/BROKER (if assisted in enrollment):	NATIONAL PRODUCER NUMBER (NPN):
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	REC'D DATE: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<input type="checkbox"/> EE DUP CONF#	

