



Confirmación de Elegibilidad para el Periodo Especial de Suscripción Planes Individuales

Nombre del Solicitante: _____

Últimos 4 dígitos del Seguro Social:

- Las organizaciones de seguros de salud y aseguradores en Puerto Rico están obligadas a proveer cubierta a todo individuo que la solicite, sin someterlos a evaluación de riesgo ni periodos de espera por condiciones existentes. La suscripción garantizada a los planes médicos se provee dentro del **Periodo Anual de Suscripción** que transcurre desde el **1 de octubre** hasta el **31 de diciembre** de cada año.

Hay ciertas excepciones que le cualifican para que usted pueda suscribirse a un plan dentro de un periodo especial de suscripción. Durante este periodo, usted puede suscribirse o cambiar su suscripción a un plan médico cuando ocurran las situaciones contempladas en los incisos C y D del Artículo 10.150 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y el Artículo 603 de la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro (ERISA, por sus siglas en inglés).

Favor de leer cuidadosamente los eventos calificadores mencionados a continuación y seleccione el que le aplique a usted. Al realizar su selección **usted certifica** que a su mejor conocimiento es elegible para el Periodo Especial de Suscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, su póliza puede ser cancelada.

- Estoy ejerciendo mi derecho de conversión a un plan individual de MCS, porque anteriormente estaba cubierto por un plan grupal de MCS.
- Estuve cubierto en un plan de otra aseguradora y cumplo con los siguientes criterios:
 - a. He estado sin cubierta por sesenta y tres (63) días o menos;
 - b. He estado cubierto por un plan médico en los últimos dieciocho (18) meses (puede ser una combinación de planes individuales o grupales);
 - c. Mi póliza anterior no fue cancelada por falta de pago o fraude;
 - d. Seleccione y agoté la cubierta bajo la Ley Federal "Consolidated Omnibus Budget Act de 1986" (COBRA por sus siglas en inglés), si aplica.
- Perdí elegibilidad al plan de Mi Salud
- Terminé mi empleo (por otra razón que no es conducta inmoral), redujeron las horas de mi empleo o del empleo del asegurado principal de mi cubierta (empleado cubierto).
- Me divorcié o me separé legalmente de mi cónyuge (empleado cubierto).
- El asegurado principal de mi cubierta (empleado cubierto) es elegible a los beneficios bajo el título XVIII del Seguro Social.
- Dejé de ser un hijo dependiente bajo los requisitos aplicables del plan.

Fui retirado del empleo ofrecido por mi patrono debido a un pleito judicial de un caso bajo el *título 11 (Ley de Quiebra)*, comenzando en o después del 1 de julio de 1986.

Quedé sin cubierta individual o grupal debido a la quiebra, disolución o revocación de la licencia del asegurador con el cual tenía mi seguro médico anterior.

El asegurado principal de mi cubierta (empleado cubierto) falleció.

Recién nacido que es elegible por primera vez.

Perdí la cubierta mínima con los Beneficios Esenciales de Salud (EHB).

Explique _____

Me inscribí o dejé de inscribirme en un plan médico de MCS de manera no intencional, inadvertida o errónea y como resultado del error, tergiversación o falta de acción de un oficial, empleado o agente de MCS, según sea evaluado y determinado por el asegurador.

Explique _____

El plan médico al cual estoy inscrito(a) violó sustancialmente los términos del contrato.

Explique _____

(Requiere evidencia acreditativa del alegado incumplimiento del Asegurador anterior)

La cubierta grupal patronal existente ya no es costearable o no provee un valor mínimo para el próximo año del plan médico patronal.

Explique _____

Recientemente, me mudé a Puerto Rico.

Explique _____

Otro:

Importante: Si un asegurado de MCS adquiere un dependiente por medio de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción deberá realizar la gestión de inclusión en uno de nuestros Centros de Servicio dentro de los 30 días a partir de la fecha en que ocurre el evento.

Firma del Solicitante

Fecha

Certifico que el solicitante me mostró la evidencia que lo hace elegible para el Periodo Especial de Suscripción.

Nombre del Representante Autorizado

Código del Representante Autorizado

Firma del Representante Autorizado

Fecha