

N.º de suscriptor:

Fecha:

**Sentara Health Plans | Planes Sentara Direct y Sentara Standard de Sentara®**  
**Solicitud de cobertura de salud individual**

En caso de conflicto, regirán las disposiciones de la versión aprobada del formulario en inglés.

Solicitante nuevo  Cambio/modificación de póliza existente

Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_ Nombre del miembro: \_\_\_\_\_  
Número del miembro: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:**

- Sentara Health Plans ofrece y suscribe este plan de salud. En este documento, podemos utilizar el término Sentara para referirnos a este plan.
- La información incompleta **retrasará la inscripción**. Complete todas las secciones con bolígrafo azul o negro.
- Los números de Seguridad Social se proporcionarán para el suscriptor principal, el cónyuge y los hijos dependientes cubiertos por este plan.
- Si está agregando o quitando a su cónyuge o dependiente, **adjunte la documentación de respaldo dentro de los 60 días posteriores al evento desencadenante**. Los ejemplos incluyen un certificado de matrimonio o nacimiento, documentos de adopción, etc.
- Tenga en cuenta que esta solicitud **no es válida** si su intención es inscribirse en un plan que se ofrece en el Mercado de Seguros Médicos. Para consultar esos planes, visite [www.healthcare.gov/marketplace/individual](http://www.healthcare.gov/marketplace/individual).

**Beneficios médicos orales pediátricos:**

Esta póliza no ofrece los beneficios mínimos de salud bucal pediátricos esenciales requeridos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). La cobertura dental independiente que incluye dichos beneficios debe estar disponible para que la adquiera aparte de un plan dental independiente calificado.

**A. SI REALIZA UN CAMBIO RESPECTO A LA INSCRIPCIÓN ANTERIOR** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

**Cambio/corrección:**  Cambio de nombre  Restablecimiento del plan  Cambio de dirección  Cambio de plan  
 Cambio de teléfono  Corrección de la fecha de nacimiento  Dirección de correo electrónico

Fecha del evento calificador: (dd/mm/aaaa)

**Agregar dependientes**  Matrimonio  Recién nacido  Adopción  Pérdida de cobertura  
 Otro: \_\_\_\_\_ Tenga en cuenta:

**Quitar dependientes**  Matrimonio  Divorcio  Medicare  Muerte  Edad límite (26 y 65)  
 Otro: \_\_\_\_\_ Tenga en cuenta:

**B. SELECCIÓN DE PLANES: DEDUCIBLE o COSEGURO DE LA PÓLIZA**

**Sentara Health Plans**  
**Opciones de planes Sentara Direct**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sentara Direct Gold deducible de 1,000           | <input type="checkbox"/> Sentara Direct Gold deducible de 2,200   | <input type="checkbox"/> Sentara Direct Silver deducible de 3,800         | <input type="checkbox"/> Sentara Direct Silver deducible de 6,600 |
| <input type="checkbox"/> Sentara Direct Bronze HSA con deducible de 6,000 | <input type="checkbox"/> Sentara Direct Bronze deducible de 7,200 | <input type="checkbox"/> Sentara Direct Silver HSA con deducible de 3,200 | <input type="checkbox"/> Sentara Direct Silver deducible de 3,500 |

**Opciones de planes Sentara Standard**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sentara Standard Gold deducible de 1,500 | <input type="checkbox"/> Sentara Standard Silver deducible de 5,900 | <input type="checkbox"/> Sentara Standard Bronze deducible de 7,500 |
|---|---|---|

**C. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL** (NOMBRE LEGAL EN LETRA DE IMPRENTA)

• **Si se trata de una solicitud solo para niños, incluya el nombre del padre/tutor, la dirección, la fecha de nacimiento, la relación con el niño y el número de teléfono principal en esta sección. La información de la solicitud solo para niños debe incluirse en la sección Niño 1 en la página 3.**

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: (N.º de apartado postal)					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Número de Seguridad Social:		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)		EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Teléfono principal:		Teléfono secundario:	
		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Trabajo	
Domicilio postal: (Si es diferente de la dirección de residencia anterior)		Ciudad:		Estado:	
				Código postal:	

**¡Deje de utilizar los papeles! Consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas**

Ingrese su dirección de correo electrónico para inscribirse en el Programa para Dejar de Utilizar Papeles. Al inscribirse, usted acepta recibir comunicaciones electrónicas de Sentara. Esto incluye las comunicaciones por correo electrónico y el aviso de que las copias de sus documentos electrónicos de la póliza, la Explicación de beneficios (EOB) y otros avisos del plan están disponibles a través del portal seguro para miembros de Sentara en línea ([www.Sentarahealth.com/members](http://www.Sentarahealth.com/members)) o de la aplicación móvil de Sentara, en lugar de recibir los documentos impresos a través de la entrega personal o el correo postal de los EE. UU. No tiene que inscribirse en nuestro Programa para Dejar de Utilizar Papeles para inscribirse en el plan de salud.

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Al proveer su dirección de correo electrónico, acepta recibir comunicaciones electrónicas en dicha dirección de correo electrónico que le comuniquen información importante sobre el plan de salud, incluidos, entre otros, el certificado de seguro, la Evidencia de cobertura, la Explicación de beneficios (EOB), las actualizaciones del plan y los documentos del Resumen uniforme de beneficios. Puede revocar en cualquier momento su consentimiento para recibir las comunicaciones electrónicas o solicitar una copia impresa de cualquier documento.

**Notificaciones telefónicas y consentimiento:**

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Al proporcionar su número de teléfono, usted otorga su consentimiento para que Sentara y sus representantes se comuniquen con usted mediante ese número o cualquier otro número de teléfono que nos haya provisto en esta solicitud, incluidos los números de teléfonos móviles. Usted comprende que no está obligado a aceptar y que aceptar no es una condición para ser miembro de Sentara ni para recibir atención médica. Si usted no es el suscriptor del número de teléfono que ha facilitado, entonces acepta que ha obtenido el consentimiento del suscriptor para recibir estas comunicaciones.

Las comunicaciones dirigidas a estos números de teléfono pueden realizarse mediante dispositivos de marcación/entrega automática, marcación directa, mensajes de texto, mensajes SMS o RCS, correo de voz sin timbre, notificaciones automáticas y voces pregrabadas o artificiales. Estas comunicaciones pueden incluir, entre otros, encuestas, mensajes de marketing para promocionar productos y servicios brindados por Sentara, recordatorios para realizar renovaciones antes del vencimiento de su plan, información sobre medicación, bienestar, atención preventiva, inscripción al plan de salud, preferencias de comunicación, pago y otra información que Sentara o sus representantes consideren que puede interesarle o ser relevante para usted. El contenido de estas comunicaciones, que pueden incluir información médica, no se cifrará. Sentara no le cobrará por estas comunicaciones. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos de la compañía aseguradora. Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento. Para cancelar voluntariamente las llamadas telefónicas, comuníquese con Sentara al 1-800-741-9910. Para cancelar voluntariamente los mensajes de texto, envíe un mensaje de texto con la palabra «STOP» (Parar) al código corto 59270 o llame al 1-800-741-9910.

**Médico de atención primaria: (PCP)**

Si solicita un plan de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Sentara Health Plans, seleccione un médico de atención primaria del Directorio de proveedores del plan para cada familiar que figure en la lista.

Apellido del PCP:		Nombre del PCP:	
-------------------	--	-----------------	--

Número del proveedor: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------------------------------------	--

<b>Información de padre/madre/tutor</b> (si la solicitud es solo para el niño) <b>Relación con el niño:</b> <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor			
Apellido del padre/tutor:		Nombre del padre/madre/tutor:	
		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)	
Domicilio: (sin apartado postal)		Ciudad:	Estado:
			Código postal:

<b>D. CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS</b> (si corresponde)	
<b>Administración de la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA):</b> si ha elegido el plan con deducible alto elegible de <b>Equity/HSA</b> , usted es elegible para abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). HealthEquity es el proveedor preferido de Sentara para la administración de la cuenta HSA.	
¿Desea abrir una cuenta HSA?	Fecha de entrada en vigencia: (dd/mm/aaaa) _____
<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> , abra o mantenga mi cuenta de ahorros para gastos médicos existente con HealthEquity.	
<input type="checkbox"/> No, NO abra una cuenta de ahorros para gastos médicos con HealthEquity.	

<b>E. DIRECCIÓN POSTAL ALTERNATIVA</b>				
Si su cónyuge o cualquier dependiente debe recibir información del plan en una dirección que no sea la que figura en la Sección C Información principal del solicitante, proporcione esa dirección y el nombre del miembro del plan.				
Miembro solicitante:	Dirección postal alternativa:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
• Para direcciones adicionales, vuelva a imprimir esta página y continúe completando los datos para miembros adicionales de la póliza.				

<b>F. INFORMACIÓN FAMILIAR</b>				
<i>Complete solo si su cónyuge o hijos dependientes están solicitando cobertura.</i>				
• Si inscribe dependientes, ¿cuántos? _____				
<b>CÓNYUGE</b> <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar		<b>¿Utilizar un domicilio postal alternativo para este miembro?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguridad Social:		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)		EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí Ciudadano: <input type="checkbox"/> No
				Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Teléfono principal:		Teléfono secundario:
Dirección de correo electrónico:				
<b>NOTA: Médico de atención primaria: (PCP)</b> Si solicita un plan de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Sentara Health Plans, seleccione un médico de atención primaria del Directorio de proveedores del plan para cada familiar que figure en la lista.				
Apellido del PCP:		Nombre del PCP:		
Número del proveedor: (De conocerlo)			¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>F. INFORMACIÓN FAMILIAR</b> (continuación)					
<b>HIJO 1</b>		<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar		<b>¿Utilizar un domicilio postal alternativo para este miembro?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguridad Social:		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)		EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí Ciudadano: <input type="checkbox"/> No	
Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Teléfono principal:		Teléfono secundario:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Dirección de correo electrónico:			
<b>Médico de atención primaria (PCP):</b> (Si es necesario)					
Apellido del PCP:			Nombre del PCP:		
Número del proveedor: (De conocerlo)			¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

<b>HIJO 2</b>					
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar		<b>¿Utilizar un domicilio postal alternativo para este miembro?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguridad Social:		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)		EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí Ciudadano: <input type="checkbox"/> No	
Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Teléfono principal:		Teléfono secundario:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Dirección de correo electrónico:			
<b>Médico de atención primaria (PCP):</b> (Si es necesario)					
Apellido del PCP:			Nombre del PCP:		
Número del proveedor: (De conocerlo)			¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

<b>HIJO 3</b>					
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar		<b>¿Utilizar un domicilio postal alternativo para este miembro?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguridad Social:		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)		EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí Ciudadano: <input type="checkbox"/> No	
Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Teléfono principal:		Teléfono secundario:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Dirección de correo electrónico:			
<b>Médico de atención primaria (PCP):</b> (Si es necesario)					
Apellido del PCP:			Nombre del PCP:		
Número del proveedor: (De conocerlo)			¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

• Si tiene más de tres (3) dependientes, vuelva a imprimir esta página y continúe completando la información solicitada para todos los dependientes elegibles.

**G. INFORMACIÓN DE OTRA COBERTURA** (Necesaria antes de completar la inscripción).

¿Alguna persona de las que estarán cubiertas por este plan contará con otra cobertura además de la que proporciona este plan?

- No Si la respuesta es NO, salte a la sección H.  
 Sí Si la respuesta es SÍ, entonces proporcione la siguiente información sobre la cobertura.

Persona asegurada (nombre):		N. de identificación (póliza)
Fecha de entrada en vigor: (dd/mm/aaaa)	Nombre del empleador o de la organización que proporciona la cobertura:	
Nombre de la compañía aseguradora:	Enumere todas las personas que solicitan cobertura y que también estarán cubiertas por este seguro.	

**En caso de cobertura Medicare:**  
Si más de una persona tiene cobertura de Medicare, vuelva a imprimir esta página y complete la información solicitada.

Persona cubierta: (Nombre)	Número de HIC:
Fecha de entrada en vigor: Parte A (dd/mm/aaaa)	Fecha de entrada en vigor: Parte B (dd/mm/aaaa)

- Elegible debido a:**  Edad  Discapacidad  65 o mayor  Jubilado  
 Enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD)  Discapacidad y ESRD actual

Mes/Año:

Mes/Año:

- Si tiene un familiar inscrito en más de un plan de salud adicional, vuelva a imprimir esta página y continúe completando la información de cobertura adicional para cualquier cobertura que estará activa además del plan que está solicitando.

**Aviso al solicitante sobre el reemplazo del seguro de accidentes y enfermedades.**

Confirmando que he leído este aviso de sustitución y que he seleccionado o rubricado una de las siguientes opciones en relación con mi solicitud:

- Esta solicitud es para la cobertura de una póliza individual de Sentara Health Plans que, si se emite, **no sustituirá a otra cobertura actualmente en vigencia.**  
 Esta solicitud es para la cobertura de una póliza individual de Sentara Health Plans que, si se emite, **sustituirá a otra cobertura actualmente en vigencia.** Lea la siguiente información adicional con respecto a la cobertura de sustitución:

De acuerdo con su solicitud, tiene la intención de extinguir o cancelar el seguro por accidente y enfermedad existente, y sustituirlo por una póliza emitida por Sentara Health Plans. Para su propia información y protección, debe conocer y considerar seriamente determinados factores que pueden afectar a la protección del seguro que le ofrece la nueva póliza. Es posible que desee obtener el asesoramiento de su asegurador actual o su agente con respecto al reemplazo propuesto de su póliza actual. Esto no es solo su derecho, sino que también le conviene asegurarse de comprender todos los factores relevantes involucrados en el reemplazo de su cobertura actual. Si, después de la debida consideración, aún desea terminar su póliza actual y reemplazarla con una nueva cobertura, asegúrese de responder de manera veraz y completa a todas las preguntas de la solicitud. Una vez completada la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla detenidamente para asegurarse de que toda la información se ha registrado de manera correcta.

**H. INFORMACIÓN DE PAGO INICIAL: seleccione un tipo de pago.**

**TARJETA DE CRÉDITO/TARJETA DE DÉBITO**

*Si paga con tarjeta de crédito o tarjeta de débito, espere a recibir la carta de bienvenida o la factura inicial de Sentara con instrucciones sobre cómo realizar el pago.*

**DEDUCCIÓN BANCARIA AUTOMÁTICA**

**Información bancaria**

*Si su información bancaria es diferente para su pago inicial y sus pagos electrónicos en curso, complete la página siguiente y proporcione la información para las transacciones de pago en curso.*

Número de ruta bancaria:		Número de cuenta bancaria:	
Nombre principal en la cuenta bancaria:			
Nombre de la institución financiera:		Número de teléfono de la sucursal:	
Dirección de la sucursal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**CHEQUE, GIRO POSTAL O CHEQUE DE CAJA**

**Para garantizar una publicación adecuada, incluya el nombre del miembro, el número de miembro y el número de factura (si corresponde) en el cheque, en el giro postal o en el cheque de caja.**

**Enviar pago a:**  
Sentara Health Plans  
1300 Sentara Park  
Virginia Beach, VA 23464

**MONEYGRAM**

Realice pagos de primas convenientes en ubicaciones de MoneyGram en todo Virginia, incluidas la mayoría de las ubicaciones de 7-Eleven, CVS y Walmart.  
(No se aplican tarifas de servicio).

**I. INFORMACIÓN SOBRE LOS PAGOS MENSUALES EN CURSO: los pagos deben efectuarse mensualmente.**

**TARJETA DE CRÉDITO/TARJETA DE DÉBITO AUTOMÁTICA**

*Las instrucciones para pagos automáticos con tarjeta de crédito o débito están disponibles en nuestro sitio web, durante o después de realizar el pago inicial.*

**DEDUCCIÓN BANCARIA AUTOMÁTICA**

**Información bancaria**

*Si su información bancaria es diferente para su pago inicial y sus pagos electrónicos en curso, complete la página anterior y proporcione la información para la transacción de pago inicial.*

Número de ruta bancaria:		Número de cuenta bancaria:	
Nombre principal en la cuenta bancaria:			
Nombre de la institución financiera:		Número de teléfono de la sucursal:	
Dirección de la sucursal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**CHEQUE, GIRO POSTAL O CHEQUE DE CAJA**

**Para garantizar una publicación adecuada, incluya el nombre del miembro, el número de miembro y el número de factura (si corresponde) en el cheque, en el giro postal o en el cheque de caja.**

**Enviar pago a:**  
Individual Product  
PO Box 715892  
Philadelphia, PA 19171-5892

**DÉBITO PREPAGO**

Pagos con tarjetas de débito prepagadas: Las llamadas deben realizarse mensualmente al (757) 687-6434 o al (888) 737-5479

**MONEYGRAM**

Realice pagos de primas convenientes en ubicaciones de MoneyGram en todo Virginia, incluidas la mayoría de las ubicaciones de 7-Eleven, CVS y Walmart.  
(No se aplican tarifas de servicio).

## J. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

### **El solicitante primario debe firmar y colocar la fecha en la siguiente sección.**

Comprendo que ninguna cobertura estará vigente hasta que Sentara determine la elegibilidad para la cobertura y me comunique la primera fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Comprendo que la prima que adjunto se aplicará a la cobertura de las personas elegibles; y comprendo que la prima se reembolsará si no hay personas elegibles para la cobertura seleccionada y no se acepta ninguna otra cobertura. También entiendo que dejar de pagar las primas de acuerdo con esta disposición y los términos de la póliza dará lugar a que se deniegue la renovación o se suspenda la póliza emitida a partir de esta solicitud.

Entiendo que la póliza que estoy solicitando es una póliza de seguro de salud individual, y entiendo que la póliza, si se emite, no se utilizará como un plan de beneficios de atención médica proporcionado por el empleador. Certifico que ningún empleador de ninguna persona cubierta por esta póliza podría pagar ninguna prima por esta cobertura, directa o indirectamente, incluso a través de un ajuste salarial. Entiendo que “empleador” no incluye una operación de negocios de propiedad exclusiva de un individuo o de un individuo y su cónyuge que no tiene otros empleados o que no ofrece beneficios de salud a ningún otro empleado. Además, en lo que respecta a esta disposición, una iglesia puede comprar una póliza individual si solo la compra para un empleado.

Entiendo que la cobertura no estará vigente hasta la fecha de entrada en vigor que se muestra en el programa de beneficios expedido para mí y mis dependientes. Solicito cobertura de salud para las personas indicadas en la solicitud y acepto que debemos respetar las disposiciones relativas a la cobertura que figuran en el documento de la póliza en el que nos inscribiremos. Comprendo que es mi responsabilidad informar a Sentara sobre cualquier cambio en mi elegibilidad y la de mis dependientes. Acepto presentar la documentación acreditativa aceptable para Sentara en caso de que se me solicite.

Comprendo que Sentara puede recibir y recopilar información personal de personas distintas a mí. La información personal o privilegiada recopilada puede divulgarse a terceros sin autorización. Comprendo que tengo derecho a acceder y corregir toda la información personal recopilada en referencia a mi póliza y que recibiré, si lo solicito, el aviso completo de Sentara sobre las prácticas de recopilación y divulgación de información.

Por la presente autorizo a cualquier proveedor de servicios de salud o a cualquier compañía de seguros que posea registros médicos personales o tenga conocimiento de mi salud o de la salud de mis dependientes a brindar a Sentara dicha información médica personal a los fines de administrar las disposiciones de coordinación de beneficios y para el pago de reclamos una vez inscrito. Esta autorización se extenderá a los representantes de Sentara según sea necesario para cumplir con los fines de la divulgación. Esta autorización no se extenderá a la divulgación de las notas que tome un proveedor durante las sesiones de psicoterapia que se mantengan por separado del resto del registro médico del proveedor.

**J. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN (continuación)**

Comprendo que toda información médica personal recibida por Sentara en virtud de esta solicitud está sujeta a restricciones de divulgación a terceros según lo establecido por las leyes estatales y federales. Comprendo que existe la posibilidad de que se vuelva a divulgar cualquier información divulgada en virtud de esta autorización, y que la información, una vez divulgada, puede dejar de estar protegida por las reglas federales que rigen la privacidad y la confidencialidad. Entiendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que yo o mi representante legal autorizado tenemos derecho a recibir una copia de esta autorización, previa solicitud, y acepto que una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que la original. Comprendo que, a fines del proceso y el pago de los reclamos y de la administración de las disposiciones de coordinación de beneficios, esta autorización es válida durante la vigencia de la póliza.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Sentara Health al 1300 Sentara Park, Virginia Beach, VA 23464. También comprendo que mi revocación no afectará a los derechos de ninguna persona que haya actuado en función de la autorización antes de recibir el aviso de mi revocación. Entiendo que, con el propósito de recoger información en relación con esta solicitud, esta autorización es válida hasta 30 meses desde el momento de mi firma y, con el propósito de recoger información en relación con el reclamo de beneficios, esta autorización es válida durante el plazo de la cobertura para la póliza.

Si un representante legal firma en nombre del solicitante o de cualquier otra persona a recibir cobertura, la firma del representante legal constituye un testimonio de que el representante legal posee la autoridad de firmar en nombre de dicha persona. Además, entiendo que yo o mi representante legal podemos recibir una copia de esta solicitud a pedido.

**Si usted o alguno de sus dependientes cubiertos están cubiertos por más de un plan de salud, los beneficios de su plan de Sentara se coordinarán para que los mismos servicios de atención médica no se paguen dos veces.**

**Yo, y mi agente (si corresponde), por la presente certifico que he leído, o me han leído, la solicitud completada; y que reconozco que cualquier declaración falsa o tergiversación en la solicitud puede resultar en la pérdida de cobertura en virtud de esta póliza.**

**El solicitante primario debe firmar y colocar la fecha en la siguiente sección.**

Firma del solicitante primario o nombre en letra de imprenta, firma y cargo del representante legal: Fecha: (mm/dd/aaaa)

Nombre del agente en letra de imprenta, si corresponde: Fecha: (dd/mm/aaaa)

Firma del agente, si corresponde: Fecha: (dd/mm/aaaa)

Número de la agencia:	Número del agente:	Fecha de recepción: (dd/mm/aaaa)
-----------------------	--------------------	----------------------------------

Teléfono principal:	Número de fax:
---------------------	----------------

Dirección de correo electrónico: