

PETICIÓN DE SUSCRIPCIÓN BAJO PERIODO ESPECIAL

Hay ciertas excepciones que le cualifican para que usted pueda suscribirse a un plan fuera del periodo anual de suscripción que se define como: **Período Especial de Suscripción**. Durante este período, 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) que se definen como **Eventos Cualificantes**.

Favor de leer con cuidado los siguientes eventos y seleccione el que le aplique a usted.

- Estoy ejerciendo mi derecho de conversión a un plan individual, porque anteriormente estaba cubierto por un plan grupal con la misma aseguradora.
- Estuve cubierto por otra aseguradora y cumplo con los siguientes criterios:
 - Mi último plan médico fue grupal.
 - He estado sin cubierta por sesenta y tres (63) días o menos.
 - He estado cubierto por un plan médico en los últimos dieciocho (18) meses
 - Mi cubierta/póliza anterior no fue cancelada por falta de pago o fraude.
 - Seleccioné y agoté la cubierta bajo la Ley Federal "Consolidated Omnibus Budget Act de 1986 (COBRA por sus siglas en inglés).
 - Perdí elegibilidad al plan de Mi Salud.
- Perdí la cubierta mínima con los Beneficios Esenciales de Salud (EHB).
- Terminé (por otra razón que no es conducta inmoral) o se me 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 al plan.
- Me retiré 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.

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

Otro: **Explique:**

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

Explique:

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

Explique:

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

Recientemente, cambié de residencia (me mudé de área de servicio). **Explique:**

Certifico que a mi mejor conocimiento soy elegible para suscribir un plan durante el Periodo Especial de Suscripción. Además, reconozco que mi intención de ingresar al plan médico **Nombre de Plan médico Seleccionado:** _____, está sujeto a la evaluación de la solicitud de afiliación y que el sometimiento de este documento no garantiza que será aprobada.

Firma del Solicitante Fecha

****Conjunto a este formato, es requerido acompañar la documentación que sustenta la elegibilidad para cualificar bajo el Período Especial de Suscripción** Para aclarar cualquier información o duda puede hacer referencia a la Carta Normativa Número: CN-2013-156-AS o al Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.**

Nombre del Representante Autorizado

Oficina Regional

Código Representante Autorizado

Fecha