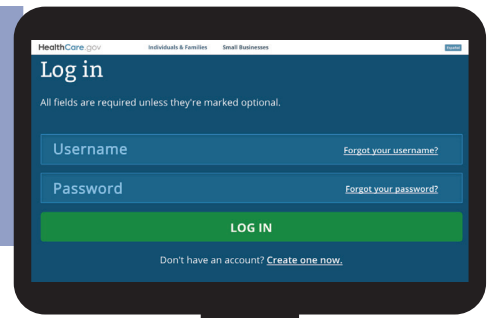


MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS

También conocido como: Obamacare y la Ley de Atención Médica Asequible

INFORMACIÓN DE LA CUENTA



CuidadoDeSalud.gov



Inscripción completada

Hemos completado su inscripción en un plan del Mercado de Seguros Médicos (Marketplace).

Número de identificación de la Solicitud del Mercado (ID):



Información necesaria

Se necesita más información. Por favor proporcione los siguientes documentos al Mercado.

Lea su determinación de elegibilidad para obtener más detalles.

Fecha: ___ / ___ / ___

Suba vía internet (o envíe por correo) los siguientes documentos:

1. Información de la cuenta

A. Dirección de correo electrónico nueva o existente

Mi correo electrónico:

@



⚠ Guarde esto en un lugar seguro y privado fácil de recordar.

Contraseña:

B. Cuenta del Mercado de Seguros Médicos

Solicitud completada:

en línea en papel por teléfono

Mi Nombre de Usuario:

(El mismo que el correo electrónico)

@

Contraseña:

Pregunta de seguridad #1: _____

Pregunta de seguridad #3: _____

Respuesta #1: _____

Respuesta #3: _____

Pregunta de seguridad #2: _____

Pregunta de seguridad #4: _____

Respuesta #2: _____

Respuesta #4: _____

C. Representante Autorizado: _____

Fecha de solicitud: ___ / ___ / _____ Número de días: _____

covering
Wisconsin
Connect to Care, Engage in Health
www.coveringwi.org

2. Información de la compañía de seguros

Compañía: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del plan: _____

Número de identificación del plan (ID): _____



Acuda a los doctores, clínicas y hospitales que se encuentran en este grupo.


3. Información del Plan

Primer pago de la prima: _____

Debo a: _____

Fecha límite del pago: _____

Fecha inicial de la cobertura: _____

 No se olvide del primer pago de la prima, o se cancelará su póliza.



4. Ingresos del hogar

Nombre: _____

Cantidad 1: _____

Fuente de ingresos: _____

Nombre: _____

Cantidad 2: _____

Fuente de ingresos: _____

Nombre: _____

Cantidad 3: _____

Fuente de ingresos: _____

Nombre: _____


Cantidad 4: _____

Fuente de ingresos: _____

TOTAL: _____

Tamaño de familia en la declaración de impuestos: _____

Total de crédito fiscal: _____

 Avise si hay cambios en sus ingresos en los 60 días siguientes.