

HIV DRUG ASSISTANCE AND INSURANCE ASSISTANCE PROGRAM INFORME DE INSCRIPCIÓN DE SEGURO

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Nombre del encargado de caso		Agencia de manejo de casos

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE SEGURO

Marque la casilla que mejor describa su situación.

Me inscribí en (un):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BadgerCare | <input type="checkbox"/> Plan de la Parte D |
| <input type="checkbox"/> Silver Plan a través del Marketplace | <input type="checkbox"/> Medicare Supplement Plan |
| <input type="checkbox"/> Seguro a través de mi empleador | <input type="checkbox"/> Medicaid Purchase Plan (MAPP) |
| <input type="checkbox"/> COBRA | <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones |

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA DE SEGUROS

Por favor, sea lo más preciso posible. Póngase en contacto con su compañía de seguros para obtener esta información si es necesario.

NOTA IMPORTANTE: Adjunte todos los documentos pertinentes a su cobertura de seguro. Esto puede incluir una libreta de cupones de pago, una factura de seguro o una copia impresa del Marketplace que muestre los montos de las primas y el crédito fiscal. Use la sección de póliza adicional si tiene que pagar más de una prima.

Información de la póliza de seguro

Compañía de seguros

Dirección postal para el pago		Ciudad, Estado, Código Postal
Fecha de inicio de la póliza	Fecha de finalización de la póliza	Número de póliza
Monto del pago	Fecha de vencimiento (no usar lo antes posible)	El pago se realiza <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anualmente

Póliza adicional (dental, suplemento de Medicare, etc.)

Compañía de seguros

Dirección postal para el pago		Ciudad, Estado, Código Postal
Fecha de inicio de la póliza	Fecha de finalización de la póliza	Número de póliza
Monto del pago	Fecha de vencimiento (no usar lo antes posible)	El pago se realiza <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anualmente

Enviar a: Division of Public Health
Attn: ADAP
PO Box 2659
Madison WI 53701

Fax: 608-266-1288
Teléfono: 800-991-5532
Correo electrónico: dhsdphadap@dhs.wisconsin.gov