

Form CCP Figure 1

TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE
REQUIRED DISCLOSURE NOTICE FOR ALL INDIVIDUAL HMO CONSUMER CHOICE
BENEFIT PLANS ISSUED IN TEXAS

As required by 28 TAC §21.3530, I have been informed that the Consumer Choice Health Benefit Plan that I am purchasing does not include all state mandated health insurance benefits. I understand that the following benefits are provided at a reduced level from what is mandated, or are excluded completely from the plan:

Mandated Benefit Description	Benefit Reduced	Benefit Excluded
An HMO can only charge a deductible for services rendered outside of the HMO's service area or out-of-network network.	Community Health Choice will utilize a deductible for most services.	

* Note: if additional space is needed, the carrier may add additional lines, or may continue the list on a subsequent page, but must clearly note that an additional page is attached.

I also understand that if I purchase a health plan that excludes or reduces coverage for a certain condition, I may be limiting my ability to obtain individual insurance coverage for that condition, in the event the health of any individual covered under the plan changes. I understand that I may obtain additional information on Consumer Choice Health Benefit Plans, either by visiting the TDI website at www.tdi.texas.gov/consumer/index.html, or by calling 1-800-252-3439.

Signature of Applicant

Name of Applicant

Address

City

State

Zip

Date

Note: This form must be retained by the carrier issuing the policy and must be provided to the Commissioner of Insurance upon request. **You have the right to a copy of this written disclosure statement free of charge.** A new form must be completed upon each subsequent renewal of this policy.

Forma CCP Figura 1

DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS
AVISO DE DIVULGACIÓN REQUERIDA PARA TODOS LOS PLANES DE HMO INDIVIDUAL
BENEFICIOS DE SALUD DE ELECCIÓN DEL CONSUMIDOR EMITIDOS EN TEXAS

Como es requerido por 28 TAC § 21.3530, he sido informado de que el Plan de Beneficios de Salud de Elección del Consumidor que estoy comprando no incluye todos los beneficios de seguro de salud exigidos por el estado. Entiendo que se proporcionan los siguientes beneficios a un nivel reducido de lo que es el mandato, o están totalmente excluidos del plan:

Descripción del beneficio por mandato	Beneficio reducido	Beneficio Excluidos
Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) sólo puede cobrar un deducible por servicios prestados fuera del área de servicio del HMO o fuera de la red.	Community Health Choice utilizará un deducible para la mayoría de los servicios.	

***Nota: si se necesita espacio adicional, el portador puede añadir líneas adicionales, o puede continuar la lista en una página posterior, pero debe señalar claramente que una página adicional se adjunta.**

También entiendo que si compro un plan de salud que excluye o reduce la cobertura de cierta condición, puedo limitar mi capacidad de obtener la cobertura de seguros individual de esa condición, en el evento que la salud de cualquier individuo cubierto bajo los cambios del plan. Yo entiendo que puedo obtener información adicional sobre el Plan de Beneficios de Salud de Elección del Consumidor, ya sea visitando el sitio web de TDI www.tdi.texas.gov/consumer/index.html, o llamando al 1-800-252-3439.

Firma del Solicitante

Nombre del Solicitante

Dirección

Ciudad

Estado

Codigo postal

Fecha

Nota: Esta forma debe ser retenida por el portador que emite la póliza y se suministrará al Comisionado de Seguros, bajo petición. **Usted tiene el derecho a una copia de esta declaración escrita de forma gratuita.** Una nueva forma se debe completar después de cada renovación subsecuente de esta póliza.