

Solicitud de Cobertura Recién nacido



La cobertura del recién nacido durante los primeros 31 días después del nacimiento es un beneficio de la póliza del NMMIP de los padres. Sólo los inscritos actuales en el NMMIP son elegibles para la cobertura de recién nacidos. Al día 32 desde la fecha de nacimiento la póliza del recién nacido se cancelará, a menos que haya un evento que califique que haría que el recién nacido sea elegible para el NMMIP. La prima del primer mes debe incluirse con la solicitud.

PO Box 780548
San Antonio, TX 78278
1-866-306-1882
www.nmmip.org

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese al 1-866-306-1882 o envíe un correo electrónico a NMMIP_Eligibility@90degreebenefits.com.

Sección 1: Información del solicitante

Apellido del recién nacido	Nombre del recién nacido	Inicial de segundo nombre	Género <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
Apellido del afiliado al NMMIP	Nombre del afiliado al NMMIP	Inicial de segundo nombre	Número de identificación del afiliado al NMMIP:	Fecha de nacimiento del afiliado al NMMIP:

Dirección de residencia (se requiere dirección física)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a la de residencia)	Ciudad	Nuevo México	Código postal
Teléfono de casa (incluir código de área)	Teléfono del trabajo (incluir código de área)		Teléfono celular (incluir código de área)
Dirección de correo electrónico	El recién nacido será residente del estado de Nuevo México: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

Sección 2: Información sobre el pago de primas

Seleccione el método de pago de su prima inicial (debe incluirse para que se considere la cobertura).
Cantidad \$ _____

Giro postal o cheque
 ACH de una sola vez

Para pagos únicos, complete y adjunte el Acuerdo para pagos preautorizados (formulario ACH). Si paga la prima con cheque o giro postal, debe ENVIAR POR CORREO la solicitud y todos los archivos adjuntos CON el pago.

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y precisas. Entiendo que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que se pague la prima inicial completa y esta solicitud haya sido aprobada por el Administrador del NMMIP. Entiendo que esta póliza se cancelará automáticamente 31 días después del nacimiento del recién nacido a menos que haya un evento que califique que haga que el recién nacido sea elegible para el NMMIP. Entiendo además que esta cobertura es un beneficio de mi póliza con NMMIP y certifico que soy el padre o madre biológico, adoptivo o tutor legal de este niño.

Firma del afiliado al NMMIP Relación con el recién nacido Fecha

El NMMIP requiere que se pague la prima del primer mes.

Haga el cheque a nombre de:

Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (NMMIP)

Envíe por correo la solicitud completa y el cheque de la prima a:

Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (NMMIP)

PO Box 780548, San Antonio, TX 78278