

# CONFIGURACIÓN DE NUEVA CUENTA



**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

## PREGUNTAS DE SEGURIDAD (elija solo una):

- ¿Cuál era su apodo durante la infancia? \_\_\_\_\_
- ¿En qué ciudad conoció a su cónyuge o pareja? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo se llama su primer amigo de la infancia? \_\_\_\_\_
- ¿En qué calle vivía cuando estaba en tercer grado?  
\_\_\_\_\_
- ¿En qué mes y año nació su hermano/a mayor? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo se llama su hijo/a mayor? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el segundo nombre de su hermano/a mayor?  
\_\_\_\_\_

**CONTRASEÑA:** \_\_\_\_\_

### Información, retención y destrucción

Este formulario es para que un proveedor de seguro médico recopile información personal de identificación (PII, por sus siglas en inglés) de consumidores que desean solicitar cobertura a través de Your Health Idaho. El proveedor de seguro médico conservará y destruirá toda la información personal recopilada mediante este formulario tal y como lo requiere el "Acuerdo de proveedores de seguro médico para el mercado individual".