

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".