

Yes, I would like to know more about no or low cost health coverage options for me and my family.



First Name Last Name

Address City Zip

Phone Number Email

You have my permission to contact me using the information above so I can learn more about my health coverage options:

Signature Date

Signature and information provided on this card authorizes a beWellnm Agent, Broker, or Enrollment Counselor who is certified through the NM Office of the Superintendent of Insurance or an authorized representative to contact the undersigned for enrollment purposes.

beWellnm.com | **1.855.996.6449**

SÍ, me gustaría saber más acerca de opciones de cobertura de seguro médico sin o bajo costo para mí y mi familia.

Nombre..... Apellido.....

Dirección..... Ciudad..... Código Posta.....

Número de Teléfono..... Correo Electrónico.....

Tiene mi permiso para ponerse en contacto conmigo usando la información anterior para aprender más acerca de mis opciones de cobertura médica.

Firma..... Fecha.....

La firma y la información proporcionada en esta tarjeta, autoriza a Agente de Seguros, Intermedio o Asesor de Inscripción beWellnm que está certificado por la Oficina NM de la Superintendencia de Seguros o a un representante autorizado, para ponerse en contacto con el suscrito para fines de inscripción.