

# Solicitud de inscripción para empleados de California

## Para pequeños grupos

### Seguro médico, dental, de la visión, de vida y por discapacidad



Los planes de atención médica son proporcionados por Anthem Blue Cross (Anthem). Los planes de seguro son proporcionados por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. Usted, el empleado, debe rellenar esta solicitud. Es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. Para evitar demoras, responda todas las preguntas y asegúrese de firmar e indicar la fecha en la solicitud. **Nota:** Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) de recopilar los números del Seguro Social. Proporcione la solicitud a su empleador.

Núm. de grupo/caso (si lo conoce)

Complete con tinta negra solamente.

#### Sección A: Tipo de solicitud (seleccione uno)

- Inscripción nueva     Inscripción abierta (no corresponde para seguros de vida y por discapacidad)  
 Evento calificativo (no corresponde para seguros de vida y por discapacidad)  
 COBRA/Cal-COBRA     Fecha de recontractación (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si selecciona **Evento calificativo** o **COBRA/Cal-COBRA**, seleccione un motivo del evento.

- Matrimonio     Nacimiento de un hijo     Adopción de un hijo     Divorcio o separación legal     Muerte  
 COBRA     Cal-COBRA (los solicitantes de Cal-COBRA deben enviar la prima correspondiente al primer mes).  
 Pérdida de la cobertura involuntaria; explique (obligatorio): \_\_\_\_\_  
 Otro; explique (obligatorio): \_\_\_\_\_

Fecha del Evento calificativo o COBRA/Cal-COBRA (obligatorio) (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Sección B: Información del empleado

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social <sup>1</sup> (obligatorio) / /	
Dirección particular (no se aceptan apartados postales a menos que sea una dirección rural)		Ciudad	Estado	Código postal
Condado	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica (DP)	Condición de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Núm. de teléfono principal	Núm. de teléfono celular
Nombre del empleador		Ocupación		
Fecha de contratación (MM/DD/AAAA) / /	Fecha de empleo a tiempo completo (MM/DD/AAAA) / /	Fecha en que comienza el periodo de espera (MM/DD/AAAA) / /	Cant. de horas trabajadas por semana	
Idioma (opcional): <input type="checkbox"/> Inglés (ENG) <input type="checkbox"/> Español (SPA) <input type="checkbox"/> Chino (ZHO) <input type="checkbox"/> Coreano (KOR) <input type="checkbox"/> Vietnamita (VIE) <input type="checkbox"/> Tagalo (TGL) <input type="checkbox"/> Otro (W09); especifique: _____				
¿Puede leer y escribir en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    En caso negativo, el traductor debe firmar y presentar una declaración de responsabilidad/de traductor.				

#### Dirección de correo electrónico del empleado:

Para **Planes médicos** y todos los **Planes Dental Net DHMO** ofrecidos por Anthem Blue Cross y regulados por el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care).

Yo (el solicitante principal) acepto recibir las comunicaciones relacionadas con el plan, para mí y todos mis dependientes, por correo electrónico o de manera electrónica. Estas comunicaciones pueden incluir mi certificado, evidencia de cobertura, declaraciones de la explicación de beneficios, avisos requeridos o información útil para aprovechar al máximo mi plan. Acepto proporcionar a Anthem mi dirección de correo electrónico vigente y actualizarla. Comprendo que puedo, en cualquier momento, cambiar de opinión y solicitar una copia de estos materiales (o cualquier material específico) por correo comunicándome con Anthem. Yo o mis dependientes inscritos actualizaremos nuestras preferencias de comunicación visitando [anthem.com/ca](http://anthem.com/ca) o llamando a Servicios para Miembros al 1-855-383-7248.

Para los **planes Dental PPO, de la visión, de vida y de discapacidad** ofrecidos por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company y regulados por el Departamento de Seguros de California (California Department of Insurance), Anthem enviará los materiales del plan y los elementos relacionados por correo.

<sup>1</sup> Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) de recopilar esta información.

**Sección C: Tipo de cobertura** (su empleador le informará las opciones de planes y los códigos de contrato).

**1.Cobertura médica**

**Tenga en cuenta lo siguiente: Todos los planes de salud² incluyen la cobertura necesaria para los beneficios de salud pediátricos esenciales dentales y de la visión.**

Nombre del plan médico: \_\_\_\_\_ Código del contrato, si lo conoce: \_\_\_\_\_

**Cobertura médica para miembros (seleccione una opción):**  
 Empleado solo     Empleado + cónyuge/pareja doméstica     Empleado + hijo(s)     Familia

**2.Cobertura dental**

**Los planes Anthem Dental HMO² y Dental PPO³ no incluyen beneficios básicos de salud dental pediátrica certificados.**

**Cobertura dental para miembros (seleccione una opción):**  
 Empleado solo     Empleado + cónyuge/pareja doméstica     Empleado + hijo(s)     Familia

Nombre del plan dental: \_\_\_\_\_ Código del contrato, si lo conoce: \_\_\_\_\_

**3.Cobertura de la visión**

**Estos planes de la visión opcionales³ no cubren beneficios pediátricos básicos de salud de la visión.**

**Cobertura de la visión para miembros (seleccione una opción):**  
 Empleado solo     Empleado + cónyuge/pareja doméstica     Empleado + hijo(s)     Familia

Nombre del plan de la visión: \_\_\_\_\_ Código del contrato, si lo conoce: \_\_\_\_\_

**4.Cobertura por discapacidad³, del seguro de vida³, y del seguro de muerte accidental y desmembramiento³ (AD&D)**

<input type="checkbox"/> Seguro de vida y por AD&D básico		<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo
<input type="checkbox"/> Seguro de vida básico para dependientes		<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad de largo plazo
<input type="checkbox"/> Seguro de vida y por AD&D complementario/voluntario	\$ _____ (monto del empleado)	<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo voluntario
<input type="checkbox"/> Seguro de vida complementario/voluntario para cónyuge/DP dependiente	\$ _____ (monto del cónyuge/DP)	<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a largo plazo voluntario
<input type="checkbox"/> Seguro de vida complementario/voluntario para hijo dependiente	\$ _____ (monto del hijo)	

Ingreso anual actual: \$ \_\_\_\_\_ Núm. de clase de seguro de vida y por discapacidad: \_\_\_\_\_

El total de los porcentajes debe equivaler al 100 %. Si no se indican porcentajes, los montos se dividirán en partes iguales. Si no sobrevive ningún beneficiario primario, los montos se pagarán al beneficiario o los beneficiarios contingentes que figuran arriba. El empleado asegurado podrá cambiar de beneficiarios mediante previa notificación escrita al empleador.

**Designación de beneficiario.** Utilice una hoja adicional si es necesario.

	Nombre del beneficiario	Porcentaje	Núm. de Seguro Social	Relación con el solicitante	Edad
<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Contingente					
<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Contingente					
<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Contingente					
<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Contingente					
<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Contingente					
<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Contingente					

**Consentimiento del cónyuge para los estados con régimen de bienes de sociedad conyugal únicamente** (Nota: La compañía de seguros no se responsabiliza respecto de la validez del consentimiento del cónyuge para la designación). Si vive en un estado donde rige el régimen de bienes de sociedad conyugal (AZ, CA, ID, LA, NM, NV, TX, WA y WI), el estado puede exigir que obtenga la firma de su cónyuge si este no es nombrado beneficiario principal del 50 % o más del monto de su beneficio. Su cónyuge tiene que leer y firmar lo siguiente.

**Autorización**

Soy consciente de que mi cónyuge, el empleado/jubilado antes nombrado, ha designado a alguien que no soy yo para que sea el beneficiario del seguro de vida de grupo según la póliza anterior. Por el presente, doy mi consentimiento a tal designación y renuncio a cualquier derecho que pueda tener a los ingresos de tal seguro, en virtud de las leyes vigentes sobre bienes gananciales de la sociedad conyugal. Entiendo que este consentimiento y esta renuncia reemplazan cualquier consentimiento o renuncia del cónyuge previos en virtud de este plan. En CA, NV y WA, el término "cónyuge" también comprende a la pareja doméstica registrada.

Firma del cónyuge <b>X</b>	Nombre del cónyuge	Fecha (MM/DD/AAAA) / /
-------------------------------	--------------------	---------------------------

**Si el solicitante tiene 15 años de edad al momento de la solicitud, debe enviar una declaración escrita firmada por su padre o madre donde estos presten su consentimiento para la solicitud de cobertura del menor.**

Las solicitudes incompletas serán devueltas para que proporcione la información faltante. Esto podría retrasar la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) de recopilar esta información.  
 2 Estos planes son ofrecidos por Anthem Blue Cross y regulados por el Departamento de Atención Médica Administrada.  
 3 Los planes Dental PPO, de la visión, de vida y de discapacidad son ofrecidos por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company y regulados por el Departamento de Seguros de California.

**Sección D: Información sobre la familia** (complete esta sección para usted y todos sus dependientes). Debe completar todos los campos. Utilice una hoja adicional si es necesario. Vaya a *Find a Doctor* (Encontrar un doctor) en [anthem.com/ca](http://anthem.com/ca) para determinar si su médico es un proveedor participante. Para planes HMO y EPO: proporcione el núm. de 3 o 6 dígitos del médico de cabecera.

La información del dependiente debe ser completada para todos los dependientes adicionales (si los hubiera) **que estarán cubiertos según los términos de esta cobertura**. Los dependientes elegibles pueden ser su cónyuge o pareja doméstica, sus hijos, niños respecto de los cuales usted ha asumido una relación de padre/madre-hijo<sup>2</sup> (no incluye niños bajo tutela) o los hijos de su cónyuge o pareja doméstica (hasta el final del mes calendario en que cumplan 26 años). En el caso de su hijo, la edad límite de 26 años no se aplica cuando su hijo es y sigue siendo (1) incapaz de trabajar para mantenerse debido a afecciones, enfermedades o lesiones que impliquen una limitación física o mental, y (2) dependiente, sobre todo, del suscriptor para recibir apoyo y manutención. El empleado deberá enviar una certificación de la afección de su hijo emitida por un médico. Incluya a todos los dependientes, comenzando por el mayor.

<b>Empleado:</b> Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre
---------------------------	--------	------------------------

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
--	---

Nombre del médico de cabecera (PCP)(si selecciona un plan HMO o EPO)	Núm. de identificación del PCP(solo HMO o EPO)	¿Es paciente existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	--

Nombre del dentista de atención primaria (PCD) (si selecciona un plan Dental Net DHMO)	Núm. de identificación del PCD	¿Es paciente existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--------------------------------	--

<b>Cónyuge/pareja doméstica:</b> Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social <sup>1</sup> (obligatorio) / /
---	--------	------------------------	---

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica
--	---	---

Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO o EPO)	Núm. de identificación del PCP(solo HMO o EPO)	¿Es paciente existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	--

Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)	Núm. de identificación del PCD	¿Es paciente existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--------------------------------	--

¿Este dependiente tiene un domicilio diferente?  Sí  No  
Si la respuesta es afirmativa, proporcione la dirección completa y el código postal: \_\_\_\_\_

<b>Dependiente:</b> Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social <sup>1</sup> (obligatorio) / /
------------------------------	--------	------------------------	---

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <sup>3</sup> Si la respuesta es "Otro", especifique la relación _____
--	---	--

Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO o EPO)	Núm. de identificación del PCP(solo HMO o EPO)	¿Es paciente existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	--

Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)	Núm. de identificación del PCD	¿Es paciente existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--------------------------------	--

¿Este dependiente tiene un domicilio diferente?  Sí  No  
Si la respuesta es afirmativa, proporcione la dirección completa y el código postal: \_\_\_\_\_

<b>Dependiente:</b> Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social <sup>1</sup> (obligatorio) / /
------------------------------	--------	------------------------	---

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <sup>3</sup> Si la respuesta es "Otro", especifique la relación _____
--	---	--

Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO o EPO)	Núm. de identificación del PCP(solo HMO o EPO)	¿Es paciente existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	--

Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)	Núm. de identificación del PCD	¿Es paciente existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--------------------------------	--

¿Este dependiente tiene un domicilio diferente?  Sí  No  
Si la respuesta es afirmativa, proporcione la dirección completa y el código postal: \_\_\_\_\_

1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) de recopilar esta información.

2 Conforme a lo definido en 2 CCR § 599.500(o).

3 La elegibilidad está sujeta a la Evidencia de Cobertura.

**Sección E: Cobertura previa y otra cobertura**

1. ¿Alguno de los solicitantes de cobertura es elegible para Medicare actualmente?  Sí  No  
 Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre: \_\_\_\_\_

Núm. de identificación de Medicare	Fecha de entrada en vigencia de la Parte A (MM/DD/AAAA) ____/____/____	Fecha de entrada en vigencia de la Parte B (MM/DD/AAAA) ____/____/____
Núm. de identificación de Medicare Parte D	Asegurador de Medicare Parte D	Fecha de entrada en vigencia de la Parte D (MM/DD/AAAA) ____/____/____

2. ¿Alguna de las personas aquí mencionadas planea conservar otra cobertura si se acepta esta solicitud?  Sí  No  
 3. ¿Está alguno de los solicitantes de cobertura cubierto por otra cobertura médica, dental o de ortodoncia?  Sí  No  
 4. El día en que comience su cobertura, ¿usted o algún familiar tendrán otro tipo de cobertura dental?  Sí  No

**Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es "Sí", proporcione la siguiente información:**

Nombre de la persona cubierta (apellido, nombre, inicial del 2.º nombre)	Tipo (elijá una opción)	Cobertura (seleccione todas las opciones que correspondan)	Nombre del asegurador	Núm. de identificación de la póliza	Fechas (si corresponde) (MM/DD/AAAA)
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: ____/____/____ Finalización: ____/____/____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: ____/____/____ Finalización: ____/____/____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: ____/____/____ Finalización: ____/____/____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: ____/____/____ Finalización: ____/____/____

**Sección F: Renuncia/rechazo de la cobertura** (es obligatorio presentar prueba de cobertura).  
 (La prueba de cobertura no se aplica para seguros de vida y por discapacidad).

Tipo de cobertura/para quién se rechaza: seleccione todas las opciones que correspondan.	Motivo para rechazar/negarse a la cobertura: seleccione todas las opciones que correspondan.
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad de corto plazo <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad de largo plazo	<input type="checkbox"/> Sin cobertura <input type="checkbox"/> Está cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge/la pareja doméstica <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja doméstica cubierto por la cobertura de grupo del empleador <input type="checkbox"/> Inscrito en una cobertura individual <input type="checkbox"/> Medicare/Medi-Cal/VA <input type="checkbox"/> Inscrito en otro seguro (proporcione el nombre de la compañía y del plan): _____  <input type="checkbox"/> Otro; explique: _____
<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida del dependiente	
<input type="checkbox"/> Dependiente(s) <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida del dependiente Incluya los nombres de los dependientes que renuncian: _____	

Reconozco que mi empleador me ha explicado cuáles son las coberturas disponibles y comprendo que tengo derecho a solicitar una cobertura. Se me ha dado la oportunidad de solicitar esta cobertura y he decidido no inscribirme ni inscribir a mis dependientes, si los hubiera. He tomado esta decisión de manera voluntaria y nadie, incluidos, entre otros, mi empleador, agente de seguros o prestadora de seguros de vida, ha intentado influenciarme o presionarme para que renuncie a la cobertura. **AL RENUNCIAR A ESTA COBERTURA MÉDICA, DENTAL, DE LA VISIÓN, DE DISCAPACIDAD O DE VIDA DE GRUPO (A MENOS QUE EL EMPLEADO Y/O LOS DEPENDIENTES TENGAN COBERTURA MÉDICA DE GRUPO, DENTAL, DE LA VISIÓN, DE DISCAPACIDAD O DE VIDA DE OTRA FUENTE), RECONOZCO QUE ES POSIBLE QUE MIS DEPENDIENTES Y YO DEBAMOS ESPERAR HASTA EL PRÓXIMO PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA PARA INSCRIBIRNOS EN ESTE PLAN MÉDICO, DENTAL O DE LA VISIÓN GRUPAL, A MENOS QUE YO CALIFIQUE PARA UNA INSCRIPCIÓN ABIERTA ESPECIAL.** Asimismo, entiendo que si deseo solicitar cobertura de Seguro de vida en el futuro, tendré que presentar una evidencia de asegurabilidad por mi propia cuenta. Tenga en cuenta que la cobertura para cónyuge/pareja doméstica y dependientes no estará disponible si el Empleado ha renunciado/rechazado la cobertura.

<sup>1</sup> Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) de recopilar los números del Seguro Social.

**Inscripción abierta especial (no aplica para seguros de vida y por discapacidad).**

Si rechazó la inscripción para usted o para sus dependientes (incluso para su cónyuge/pareja doméstica), es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan de beneficios de salud o cambiar los planes de beneficios de salud como consecuencia de ciertas situaciones desencadenantes, a saber: (1) usted o su dependiente pierden la cobertura básica mínima; (2) usted tiene un nuevo dependiente o se vuelve uno; (3) usted tiene la obligación de obtener cobertura como dependiente conforme a una orden judicial estatal o federal válida; (4) fue liberado de prisión; (5) el emisor de su cobertura médica infringió considerablemente una disposición importante del contrato de cobertura médica; (6) accedió a nuevos planes de beneficios de salud como consecuencia de una mudanza permanente; (7) usted recibía servicios de un proveedor contratante conforme a otro plan de beneficios de salud, para una de las afecciones descritas en la Sección 1373.96(c) del Código de Salud y Seguridad, y ese proveedor ya no participa en el plan de beneficios de salud; (8) es miembro de las fuerzas de reserva de la milicia de los Estados Unidos o miembro de la Guardia Nacional de California, y vuelve de prestar servicio activo; o (9) demuestra ante el departamento que no se inscribió en un plan de beneficios de salud durante el período de inscripción inmediatamente anterior porque no estaba informado de que tenía cobertura básica mínima. Debe pedir una inscripción especial dentro de los 60 días a partir de la fecha del evento desencadenante para poder inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan de beneficios de salud o cambiar los planes de beneficios de salud como consecuencia de un evento desencadenante calificado.

**Firme aquí solo si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes.**

Firma del solicitante  <b>X</b>	Nombre en letra de imprenta	Fecha (MM/DD/AAAA)  / /
---------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

**Sección G: Términos, condiciones y autorizaciones (Lea esta sección atentamente antes de firmar la solicitud).**

Como empleado elegible, solicito cobertura para mí y para todos los dependientes elegibles incluidos, y autorizo a mi empleador a deducir las contribuciones que correspondan de mis ingresos para pagar el seguro. Según mi leal saber y entender, certifico que todas las declaraciones y respuestas que he brindado aquí son verdaderas y están completas. Comprendo que es un delito proporcionar o hacer que se proporcione, deliberadamente, una afirmación o declaración sustancial falsa o fraudulenta a una compañía de seguros con el fin de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro. Comprendo que todos los beneficios están sujetos a las condiciones establecidas en el Contrato de grupo y el documento de cobertura.

**Al firmar esta solicitud, declaro lo siguiente:**

He leído o me han leído la solicitud completa y comprendo que cualquier acción fraudulenta o tergiversación intencional de un hecho sustancial en la solicitud puede ocasionar la pérdida de la cobertura en los 24 meses posteriores a la emisión de la cobertura.

Certifico que todos los números de Seguro Social mencionados en esta solicitud son correctos.

Entiendo que no puedo asignar ningún pago en virtud de mi programa de Anthem Blue Cross (Anthem). Acepto que deduzcan dinero de mi salario, si fuera necesario, para cubrir el costo de la prima para la cobertura solicitada.

Solicito la cobertura que elegí en este formulario. Si las opciones elegidas no están disponibles, acepto que estas se cambien por aquellas que figuran en la solicitud del empleador o en los documentos de venta de la cobertura.

Entiendo que, hasta donde lo permita la ley, Anthem se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud de cobertura (y que es posible que Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company acepte solo a ciertas personas o términos para la cobertura) y que esta solicitud de cobertura no confiere en absoluto ningún tipo de derecho.

Asimismo, comprendo que es posible que no obtenga la cobertura del Seguro por discapacidad a corto plazo y el Seguro por discapacidad a largo plazo con motivo de una afección preexistente, si corresponde. (Consulte la póliza/el certificado para obtener información importante).

Acepto notificar de inmediato a mi empleador cualquier cambio por el que yo o cualquier dependiente seamos inelegibles para esta cobertura.

Entiendo que las coberturas entrarán en vigencia en la fecha que establecen las cláusulas de la póliza para grupos, el contrato y los certificados emitidos en virtud de este.

Al firmar esta solicitud, acepto que se grabe o supervise cualquier conversación telefónica entre Anthem y yo.

**Para los inscritos en Cuentas de Ahorros para la Salud:** Autorizo que el custodio financiero de la Cuenta de Ahorros para la Salud (Health Savings Account, HSA), siempre que me inscriba en una HSA, proporcione a Anthem información relacionada con mi HSA, incluso el número de cuenta, el saldo de la cuenta e información relativa a la actividad de la cuenta. Comprendo que es necesaria mi autorización previa para que el custodio pueda proveer a Anthem la información sobre mi HSA y que yo puedo presentar a Anthem una solicitud por escrito para revocar esta autorización en cualquier momento.

En caso de solicitar el Seguro de vida y/o por discapacidad, declaro que he leído y que estoy de acuerdo con los términos de la Cobertura de seguro de vida y discapacidad estipulados en la Sección 4 anterior.

**PROHIBICIÓN DE PRUEBAS DE VIH:** Las leyes de California prohíben que las empresas de seguros médicos requieran o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener el seguro médico.

<sup>1</sup> Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) de recopilar los números del Seguro Social.

Lea detenidamente (se requiere su firma).

**REQUISITO PARA EL ARBITRAJE VINCULANTE (no se aplica a la cobertura de Seguro de vida ni a la de Seguro por discapacidad)**

TODAS LAS CONTROVERSIAS ENTRE ANTHEM BLUE CROSS Y/O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY Y USTED, INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, AQUELLAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONFORME AL PLAN/LA PÓLIZA O CUALQUIER OTRO INCONVENIENTE RELACIONADO CON EL PLAN/LA PÓLIZA Y RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA, DEBEN RESOLVERSE MEDIANTE ARBITRAJE VINCULANTE, SI LA SUMA EN CONTROVERSIA SUPERA EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL PARA DEMANDAS DE MENOR CUANTÍA Y SI LA CONTROVERSIA SE PUEDE SOMETER A ARBITRAJE VINCULANTE CONFORME A LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES VIGENTES QUE INCLUYEN, ENTRE OTRAS, LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. La Sección 1363.1 del Código de Salud y Seguridad de California y la Sección 10123.19 del Código de Seguros exigen divulgaciones

específicas al respecto, incluidos los siguientes avisos: Se entiende que toda controversia concerniente a negligencia médica, es decir, si cualquier servicio médico prestado en virtud del presente contrato era innecesario o no estaba autorizado, o fue prestado de manera inapropiada, negligente o incompleta, se resolverá mediante arbitraje según las disposiciones de las leyes federales y de California, que incluyen, entre otras, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, y no mediante un proceso judicial, salvo los casos que establece la ley de California para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Al celebrar este contrato, ambas partes renuncian a su derecho constitucional de dirimir cualquier controversia ante un tribunal de justicia y un jurado, y aceptan, en cambio, el uso del arbitraje. USTED Y ANTHEM BLUE CROSS Y/O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY ACEPTAN ESTAR OBLIGADOS POR ESTA DISPOSICIÓN DE ARBITRAJE. USTED RECONOCE QUE, EN LOS CASOS DE CONTROVERSIAS QUE ESTÉN SUJETAS A ARBITRAJE CONFORME A LAS LEYES ESTATALES O FEDERALES, RENUNCIA AL DERECHO A UN JUICIO POR JURADO, AL DERECHO A UN JUICIO POR JUEZ CONFORME A LA SECCIÓN 17200 DEL CÓDIGO DE EMPRESAS Y PROFESIONES DE CALIFORNIA Y/O AL DERECHO A ENTABLAR UNA DEMANDA COLECTIVA Y/O PARTICIPAR EN ELLA. Este acuerdo no limita sus derechos a la revisión interna y externa de las determinaciones adversas sobre los beneficios según se establece en 45 CFR 147.136. El cumplimiento de esta disposición de arbitraje, incluida la renuncia a entablar una demanda colectiva, se determinará conforme a la Ley de Arbitraje Federal ("FAA"), incluido el efecto de derecho previo de la FAA sobre la ley estatal. Al firmar, o escribir su nombre a mano o a máquina a continuación, acepta los términos de este contrato y reconoce que su firma o su nombre escrito a mano o a máquina constituyen una firma válida y vinculante.

<b>Firme aquí</b>	Firma del solicitante <b>X</b>	Fecha (MM/DD/AAAA) / /
-------------------	-----------------------------------	---------------------------

<sup>1</sup> Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) de recopilar los números del Seguro Social.