

Solicitud de inscripción para empleados de California Para pequeños grupos



Seguro médico, dental, de 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. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y estén 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.

Complete con tinta negra solamente.				Núm. de grupo/caso (si lo conoce)	
Sección A: Tipo de solicitud (seleccione uno)					
<input type="checkbox"/> Inscripción nueva <input type="checkbox"/> Inscripción abierta (no corresponde para seguros de vida y/o por discapacidad) <input type="checkbox"/> Evento calificado (no corresponde para seguros de vida y por discapacidad) <input type="checkbox"/> COBRA/Cal-COBRA <input type="checkbox"/> Fecha de recontractación: (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / ____					
Si selecciona Evento calificado o COBRA/Cal-COBRA , seleccione un motivo del evento.					
<input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo <input type="checkbox"/> Adopción de un hijo <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA (los solicitantes de Cal-COBRA deben enviar la prima correspondiente al primer mes). <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura involuntaria; explique (requerido): _____ <input type="checkbox"/> Otro; explique (requerido): _____					
Fecha del Evento calificado o COBRA/Cal-COBRA (obligatorio) (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / ____					
Sección B: Información del empleado					
Apellido		Nombre		Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social ¹ (requerido)
					/ /
Dirección de casa (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
Nombre del empleador			Ocupación		
Dirección laboral física del empleado (requerido)			Ciudad		Estado
Código postal	Fecha de contratación ² (MM/DD/AAAA)	Fecha de empleo a tiempo completo (MM/DD/AAAA)		Fecha en que comienza el periodo de espera ² (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 de Salud 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 cambiar de opinión y solicitar una copia de estos materiales (o de cualquier material específico) en cualquier momento por correo o comunicándome con Anthem. Yo (o mis dependientes inscritos) cambiaremos nuestras preferencias de comunicación visitando anthem.com/ca o llamando al número de Servicios para Miembros que figura en mi tarjeta de identificación.					
Para planes Dental PPO, de 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. Anthem enviará los materiales del plan y los elementos relacionados por correo.					
<input type="checkbox"/> Al firmar a continuación, 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 incluyen mi certificado, evidencia de cobertura, declaraciones de la explicación de beneficios, avisos requeridos legalmente o información útil para aprovechar al máximo mi plan. Acepto proporcionar a Anthem mi dirección de correo electrónico vigente y actualizarla. Entiendo que este consentimiento es voluntario y que yo (o mis dependientes inscritos) podemos optar por no recibir la entrega electrónica en cualquier momento y recibir estos materiales (o cualquier material específico) por correo, y/o cambiar mi dirección de correo electrónico visitando anthem.com/ca o llamando al número de Servicios para Miembros que figura en mi tarjeta de identificación.					
Firma del solicitante _____			Fecha _____		
<input type="checkbox"/> No deseo recibir comunicaciones relacionadas con mi plan, ya sea por correo electrónico o en forma electrónica, y solicito recibir estos artículos por correo.					

1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de recopilar esta información.

2 Si su empleador exige un periodo de orientación para los empleados nuevos, la "fecha de contratación" es el primer día después de haber finalizado el periodo de orientación.

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company son licenciatarios independientes de Blue Cross Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Sección C: Tipo de cobertura (su empleador le informará sus opciones de planes y 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 visión.

Nombre del plan médico³: _____ 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 PPO⁴ no incluyen beneficios médicos esenciales pediátricos de salud dental 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 visión

Estos planes de visión opcionales⁴ no cubren beneficios esenciales pediátricos de visión.

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

Nombre del plan de visión: _____ Código del contrato, si lo conoce: _____

4. Cobertura por discapacidad⁴, del seguro de vida⁴ y del seguro de muerte accidental y desmembramiento⁴ (AD&D). Estas coberturas entrarán en vigencia en la fecha que establecen las cláusulas del contrato grupal y los certificados emitidos en virtud de este. Su empleador le informará sus opciones de planes. Estas coberturas pueden estar sujetas a la evaluación de evidencia médica y solo entrarían en vigencia luego de la aprobación. Si elige cobertura de seguro de vida o por discapacidad por encima del monto garantizado o se inscribió de manera tardía, es posible que se le envíe un formulario de Evidencia de Asegurabilidad para que lo complete.

- Seguro de vida y por AD&D básico Seguro de vida básico para dependientes Seguro por discapacidad a corto plazo
- Seguro de vida y por AD&D complementario/voluntario \$ _____ (monto del empleado) Seguro por discapacidad a largo plazo
- Seguro de vida complementario/voluntario para cónyuge/DP dependiente \$ _____ (monto del cónyuge/DP) Seguro voluntario por discapacidad a corto plazo
- Seguro de vida complementario/voluntario para hijo dependiente \$ _____ (monto del hijo) Seguro voluntario por discapacidad a largo plazo

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

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.

Designación de beneficiario. Utilice una hoja adicional si fuera necesario.

Tipo de beneficiario	Nombre del beneficiario	Porcentaje	Núm. de Seguro Social	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Contingente	Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de teléfono
	Nombre del beneficiario	Porcentaje	Núm. de Seguro Social	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Contingente	Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de teléfono
	Nombre del beneficiario	Porcentaje	Núm. de Seguro Social	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento

El total de los porcentajes debe equivaler al 100%. Si el total de los porcentajes es menos del 100%, el porcentaje restante se pagará en partes iguales a todos los beneficiarios mencionados hasta alcanzar el total del 100%. Si el total de los porcentajes es más del 100%, se reducirá la parte de cada beneficiario mencionado hasta que el total equivalga al 100%. Si no se indican porcentajes, los montos se dividirán en partes iguales. Si no sobrevive ningún beneficiario principal, 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.

Si vive en AZ, CA, ID, LA, NM, NV, TX, WA y WI, y su cónyuge no es beneficiario del 50% o más, su cónyuge debe firmar a continuación. En CA, NV y WA, el término "cónyuge" también comprende a la pareja doméstica registrada. Consentimiento del cónyuge para los estados con régimen de bienes de sociedad conyugal únicamente (Nota: La compañía de seguro 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 del cónyuge, si corresponde

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.

Firme aquí para renunciar a los derechos de propiedad comunitaria	Firma del cónyuge X	Nombre del cónyuge (letra de imprenta)	Fecha de hoy (MM/DD/AAAA) / /
--	-------------------------------	---	---

1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de recopilar esta información.

2 Estos planes son ofrecidos por Anthem Blue Cross y regulados por el Departamento de Atención de la Salud Administrada.

3 La inscripción en el plan seleccionado depende de que el empleado resida o trabaje dentro del área de servicio geográfica del plan y de la disponibilidad de la red, el proveedor y el médico dentro del área de servicio geográfica. Si al momento de la inscripción, la red o el médico/grupo médico no está disponible o un empleado no reside ni trabaja en el área de servicio geográfica del plan, es posible que se le asigne o se le solicite que elija un proveedor, una red y/o un plan diferentes.

4 Los planes Dental PPO, de 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 fuera necesario. Vaya a <i>Find a Doctor</i> (Encontrar un doctor) en anthem.com/ca para determinar si su médico es un proveedor participante. Para planes HMO: proporcione el núm. de 3 o 6 dígitos del médico de atención primaria.			
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 ² (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.			
Empleado: Apellido		Nombre	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	
Nombre del médico de atención primaria (PCP) (si selecciona un plan HMO ³)		Núm. de identificación del PCP (solo HMO)	¿Es paciente actual? <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 actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge/pareja doméstica: Apellido		Nombre	Inicial del 2.º nombre
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Núm. de Seguro Social ¹ (requerido) / /
Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO ³)		Núm. de identificación del PCP (solo HMO)	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica
Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)		Núm. de identificación del PCD	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, proporcione la dirección completa y el código postal: _____			
Hijo dependiente: Apellido		Nombre	Inicial del 2.º nombre
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Núm. de Seguro Social ¹ (requerido) / /
Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO ³)		Núm. de identificación del PCP (solo HMO)	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro ⁴ Si la respuesta es "Otro", especifique la relación.
Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)		Núm. de identificación del PCD	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, proporcione la dirección completa y el código postal: _____			
Hijo dependiente: Apellido		Nombre	Inicial del 2.º nombre
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Núm. de Seguro Social ¹ (requerido) / /
Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO ³)		Núm. de identificación del PCP (solo HMO)	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro ⁴ Si la respuesta es "Otro", especifique la relación.
Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)		Núm. de identificación del PCD	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de recopilar esta información.

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

3 La inscripción en el plan seleccionado depende de que el empleado resida o trabaje dentro del área de servicio geográfica del plan y de la disponibilidad de la red, el proveedor y el médico dentro del área de servicio geográfica. Si al momento de la inscripción, la red o el médico/grupo médico no está disponible o un empleado no reside ni trabaja en el área de servicio geográfica del plan, es posible que se le asigne o se le solicite que elija un proveedor, una red y/o un plan diferentes.

4 La elegibilidad está sujeta a la Evidencia de Cobertura.

Sección E: Cobertura previa y otra cobertura grupal

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	Prestadora 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 de la compañía de seguros	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"/> Visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a largo plazo	<input type="checkbox"/> Sin cobertura <input type="checkbox"/> Está cubierto por la cobertura grupal del cónyuge/la pareja doméstica <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja doméstica cubierto por la cobertura grupal del empleador <input type="checkbox"/> Está 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"/> 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"/> 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 compañía 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.

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 periodo 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 X	Nombre en letra de imprenta	Fecha (MM/DD/AAAA) / /
-----------------------------------	-----------------------------	---------------------------

1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los CMS de recopilar esta información.

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.

Al indicar un número de teléfono, acuerdo y presto mi consentimiento para que Anthem y sus afiliados me llamen o envíen mensajes de texto a mi número de teléfono indicado en esta solicitud utilizando un sistema telefónico automatizado y/o mensajes pregrabados con el fin de mantenerme informado acerca de mis beneficios.

Para los inscritos en Cuentas de ahorros para la salud: Autorizo que el custodio financiero de la Cuenta de Ahorros para la Salud (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.

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 DISPUTAS 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 DISPUTA SUPERA EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL PARA DEMANDAS DE MENOR CUANTÍA Y SI LA DISPUTA 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. Para las reclamaciones que exceden el límite jurisdiccional del tribunal para demandas de menor cuantía que estén sujetas a arbitraje vinculante, 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 disputa 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 disputa 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 DISPUTAS 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. Si su plan/política se rige por 45 CFR 147.136, este acuerdo no limita sus derechos a la revisión interna y externa de las determinaciones adversas de beneficios según se establece en esa ley. 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.

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

¹ Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los CMS de recopilar esta información.

Get help in your language

Language Assistance Services



Curious to know what all this says? We would be too. Here's the English version:

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternate formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the customer service telephone number on the back of your ID card.

Spanish

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? De lo contrario, podemos hacer que alguien lo ayude a leerla. También puede recibir esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame de inmediato al 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Arabic

مهم: هل يمكنك قراءة هذه الرسالة؟ إذا لم تستطع، فيمكننا الاستعانة بشخص ما ليساعدك على قراءتها. كما يمكنك أيضًا الحصول على هذا الخطاب مكتوبًا بلغتك. للحصول على المساعدة المجانية، يُرجى الاتصال فورًا بالرقم 1-888-254-2721. (TTD/TTY: 711)

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Կարողանո՞ւմ եք ընթերցել այս նամակը: Եթե ոչ, մենք կարող ենք տրամադրել ինչ-որ մեկին, ով կօգնի Ձեզ՝ կարդալ այն: Կարող ե՞ք նաև այս նամակը Ձեզ գրավոր տարբերակով տրամադրել: Անվճար օգնություն ստանալու համար կարող եք անհապաղ զանգահարել 1-888-254-2721 հեռախոսահամարով: (TTY/TDD: 711)

Chinese

重要事項：您能看懂這封信函嗎？如果您看不懂，我們能夠找人協助您。您有可能可以獲得以您的語言而寫的本信函。如需免費協助，請立即撥打1-888-254-2721。(TTY/TDD: 711)

Farsi

مهم: آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر نمی‌توانید، می‌توانیم شخصی را به شما معرفی کنیم تا در خواندن این نامه شما را کمک کند. همچنین می‌توانید این نامه را به صورت مکتوب به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، همین حالا با شماره 1-888-254-2721 تماس بگیرید. (TTD/TTY: 711)

Hindi

महत्वपूर्ण: क्या आप यह पत्र पढ़ सकते हैं? अगर नहीं, तो हम आपको इसे पढ़ने में मदद करने के लिए किसी को उपलब्ध करा सकते हैं। आप यह पत्र अपनी भाषा में लिखवाने में भी सक्षम हो सकते हैं। निःशुल्क मदद के लिए, कृपया 1-888-254-2721 पर तुरंत कॉल करें। (TTY/TDD: 711)

Hmong

TSEEM CEEB: Koj puas muaj peev xwm nyeem tau daim ntawv no? Yog hais tias koj nyeem tsis tau, peb muaj peev xwm cia lwm tus pab nyeem rau koj mloog. Tsis tas li ntawd tej zaum koj kuj tseem yuav tau txais daim ntawv no sau ua koj hom lus thiab. Txog rau kev pab dawb, thov hu tam sim no rau tus xov tooj 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Japanese

重要: この書簡を読めますか？もし読めない場合には、内容を理解するための支援を受けることができます。また、この書簡を希望する言語で書いたものを入手することもできます。次の番号にいますぐ電話して、無料支援を受けてください。1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711)

Khmer

សំខាន់៖ តើអ្នកអាចអានលិខិតនេះទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យនរណាម្នាក់អានវាជូនអ្នក។
អ្នកក៏អាចទទួលលិខិតនេះដោយសរសេរជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ ដើម្បីទទួលជំនួយឥតគិតថ្លៃ
សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅលេខ 1-888-254-2721។ (TTY/TDD: 711)

Korean

중요: 이 서신을 읽으실 수 있으십니까? 읽으실 수 없을 경우 도움을 드릴 사람이 있습니다. 귀하가 사용하는 언어로 쓰여진 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료 도움을 받으시려면 즉시 1-888-254-2721로 전화하십시오. (TTY/TDD: 711)

Punjabi

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਬੁਲਾ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਾਇਦ ਪੱਤਰ ਨੂੰ
ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵਧੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਫੋਨ 1-888-254-2721 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
(TTY/TDD: 711)

Russian

ВАЖНО. Можете ли вы прочитать данное письмо? Если нет, наш специалист поможет вам в этом. Вы также можете получить данное письмо на вашем языке. Для получения бесплатной помощи звоните по номеру 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Tagalog

MAHALAGA: Nababasa ba ninyo ang liham na ito? Kung hindi, may taong maaaring tumulong sa inyo sa pagbasa nito. Maaari ninyo ring makuha ang liham na ito nang nakasulat sa ginagamit ninyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Thai

หมายเหตุสำคัญ: ท่านสามารถอ่านจดหมายฉบับนี้หรือไม่ หากท่านไม่สามารถอ่านจดหมายฉบับนี้
เราสามารถจัดหาเจ้าหน้าที่มาอ่านให้ท่านฟังได้ ท่านยังอาจให้เจ้าหน้าที่ช่วยเขียนจดหมายในภาษาของท่านอีกด้วย
หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อที่หมายเลข 1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711)

Vietnamese

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc thư này hay không? Nếu không, chúng tôi có thể bố trí người giúp quý vị đọc thư này. Quý vị cũng có thể nhận thư này bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ miễn phí, vui lòng gọi ngay số 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

It’s important we treat you fairly

That’s why we follow federal civil rights laws in our health programs and activities. We don’t discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. For people with disabilities, we offer free aids and services. For people whose primary language isn’t English, we offer free language assistance services through interpreters and other written languages. Interested in these services? Call the Member Services number on your ID card for help (TTY/TDD: 711). If you think we failed to offer these services or discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a complaint with our Compliance Coordinator in writing to Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. Or you can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 or by calling 1-800-368-1019 (TDD: 1- 800-537-7697) or online at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.