



2-50 Incorporación de grupos pequeños existentes
 Para agregar nuevos empleados y a sus dependientes a una cobertura existente

Solicitud del empleado

Servicios para grupos pequeños
 Anthem Blue Cross
 P.O. Box 9062
 Oxnard, CA 93031-9062
 www.anthem.com/ca

Anthem Blue Cross ofrece: Planes Premier PPO, planes PPO de copago, High Deductible EPO, Saver HMO, Classic HMO, HMO 100%, Power Select HMO, Dental Net y Dental SelectHMO.

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company ofrece: Basic PPO, Saver PPO, PPO \$35 de copago GenRx, planes Power HealthFund, Advantage PPO; todos los productos dentales salvo Dental Net y Dental SelectHMO; planes Life and AD&D.

INSTRUCCIONES

1. Tú, el empleado, debes completar esta solicitud. Eres responsable exclusivo por su integridad y precisión.
2. Se deben responder todas las preguntas en forma completa; se deben incluir todas las firmas y fechas donde se indique; de lo contrario, se te devolverá la solicitud como resultado de una demora en el proceso y posiblemente una demora en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
3. Escribe a máquina o en letra de imprenta con tinta azul o negra. Número del grupo:

1 COBERTURA - Verifica con tu empleador los planes disponibles.

A. SELECCIÓN DE COBERTURA MÉDICA. Marca solo un plan médico:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Basic PPO | <input type="checkbox"/> Advantage PPO \$25 de copago | <input type="checkbox"/> Power HealthFund 750 | <input type="checkbox"/> Saver HMO |
| <input type="checkbox"/> Saver PPO | <input type="checkbox"/> Premier PPO \$20 de copago | <input type="checkbox"/> Power HealthFund 500 | <input type="checkbox"/> Classic HMO |
| <input type="checkbox"/> PPO \$35 de copago GenRx | <input type="checkbox"/> Premier PPO \$10 de copago | <input type="checkbox"/> High Deductible EPO | <input type="checkbox"/> HMO 100% |
| <input type="checkbox"/> PPO \$40 de copago | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | <input type="checkbox"/> Power Select HMO |
| <input type="checkbox"/> PPO \$30 de copago | | | |

Si seleccionas una HMO, debes escoger un grupo médico primario (PMG) o una asociación de práctica independiente (IPA).

Si seleccionas una IPA, escoge un médico de cabecera para cada miembro de la familia que se inscriba y enuméralos en una lista a continuación en la Sección 3A.

Número del consultorio de IPA o PMG del plan de HMO:

¿Eres paciente de este establecimiento actualmente? Sí No

B. SELECCIÓN DE COBERTURA DENTAL. (Si el grupo ha elegido cobertura dental). Marca solo un plan dental:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Platinum Preferred 2000 | <input type="checkbox"/> High Option PPO* | Debes seleccionar un n.º de consultorio dental para los siguientes planes: |
| <input type="checkbox"/> Platinum 2000 | <input type="checkbox"/> Standard Option PPO* | <input type="checkbox"/> Dental Net |
| <input type="checkbox"/> Gold Preferred 1500 | <input type="checkbox"/> Basic Option PPO* | <input type="checkbox"/> Blue Cross Dental SelectHMO |
| <input type="checkbox"/> Gold 1500 | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Silver 1000 | | N.º de consultorio dental |

*La cobertura dental de tarifa por servicio se reemplaza si el miembro se encuentra fuera del área de servicio dental de la PPO.

C. SEGURO DE VIDA OPCIONAL PARA DEPENDIENTES. (Disponible únicamente si lo ofrece el empleador). Sí No

D. SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO. (Disponible únicamente si lo ofrece el empleador).

- Sí No Monto: \$15,000 \$25,000 \$50,000 \$100,000

2 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO. Debe ser completada por el empleado.

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Incorporación a la familia | <input type="checkbox"/> Nueva contratación | <input type="checkbox"/> COBRA | Fecha de entrada en vigencia de COBRA/Cal-COBRA: |
| <input type="checkbox"/> Inscripción tardía | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Cal-COBRA* | <input type="text"/> |

*Los solicitantes de Cal-COBRA deben presentar la prima correspondiente al primer mes.

Apellido	Primer nombre	*MI	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	N.º de seguro social o n.º de identificación
Domicilio particular (no se admite número de casilla postal a menos que sea rural)		Dpto. n.º	N.º de dependientes incluido cónyuge*	N.º de seguro social o n.º de identificación de cónyuge
Ciudad	Estado	Código postal	N.º de teléfono particular ()	
Fecha de contratación (DD/MM/AA)	Nombre del empleador	Ocupación/Puesto	<input type="checkbox"/> De tiempo parcial <input type="checkbox"/> De tiempo completo	N.º de horas trabajadas por semana
N.º de teléfono comercial ()	Salario (obligatorio) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	Beneficiario del seguro de vida: apellido, nombre, inicial del segundo nombre		Vínculo

Elección de idioma (opcional) Inglés Español Chino Coreano

*El cónyuge incluye la pareja de hecho ÚNICAMENTE si su empleador ha elegido la cobertura. Si la cobertura está disponible, la inscripción de la pareja de hecho requiere de la presentación de una declaración jurada de la pareja de hecho firmada y autenticada o, si corresponde, una copia de una declaración jurada de la pareja de hecho válida archivada y sellada por el secretario del estado de California.



3 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO/DEPENDIENTE. Enumérate tú y solamente a tus dependientes elegibles que se estén inscribiendo.

Un elegible "dependiente" es el cónyuge legítimo o pareja de hecho de un empleado (si el empleador ha elegido cubrir las parejas de hecho); el hijo (excepto recién nacido) de un empleado que actúa como tutor legal permanente de ese niño y cuya custodia legal está establecida mediante una orden judicial válida; los hijos no casados del empleado, del cónyuge o de la pareja de hecho que sean menores de 19 años de edad; o los hijos no casados del empleado, el cónyuge o la pareja de hecho inscrita, desde los diecinueve (19) hasta cumplir veinticuatro (24) años de edad, que califiquen como dependientes a los fines de los impuestos a las ganancias federales y sean estudiantes de tiempo completo. Anthem Blue Cross requiere la presentación anual de una prueba por escrito de la condición de estudiante.

Si el apellido de tu cónyuge es distinto al tuyo, ¿es él/ella una pareja de hecho? Sí No

INCORPORACIÓN A LA FAMILIA: Fecha del matrimonio: _____ Fecha de adopción: _____

N.º de seguro social o n.º de identificación
N.º de seguro social o n.º de identificación del cónyuge

3A. Únicamente HMO. IPA
Si seleccionas una IPA, debes escoger un médico de cabecera para cada miembro de tu familia.

Sexo	Apellido	Primer nombre	*MI	Altura	Peso	¿Incapacitado?	Fecha de nacimiento			N.º del médico de cabecera
							Día	Mes	Año	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Empleado					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Cónyuge*					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

4 RECHAZO DE COBERTURA. Para ser completada en caso de que un empleado elegible o sus dependientes elegibles rechacen algún tipo de cobertura. Es posible que se exija prueba de cobertura.

A. Rechazo a la cobertura del plan médico para:

- Mi persona (yo) Cónyuge*
 Hijo(s)

B. Rechazo a la cobertura dental para:

- Mi persona (yo) Cónyuge*
 Hijo(s)

C. Rechazo al seguro de vida para:

- Mi persona (yo) Cónyuge*
 Hijo(s)

Motivo del rechazo de cobertura: (marca una)

- Cubierto por cobertura grupal del cónyuge.
Nombre y n.º de identificación de la empresa aseguradora: _____
- Cubierto por la póliza individual de Anthem Blue Cross
- Cónyuge cubierto por la cobertura médica de grupo del empleador.
Nombre de la empresa aseguradora: _____
- Cubierto por Tricare
- Inscrito en un plan de alguna otra empresa aseguradora.
Nombre de la empresa aseguradora: _____
- Medicare
- Otro (explicar): _____

Declaro que mi empleador me ha explicado sobre todas las coberturas disponibles y sé que tengo todo el derecho de solicitar una cobertura. Se me ha otorgado la posibilidad de solicitar esta cobertura y he decidido no inscribirme ni inscribir a mi(s) dependiente(s), si los hubiera. He tomado esta decisión voluntariamente, sin que nadie haya influido o me haya presionado para que rechace la cobertura. **AL RECHAZAR ESTA COBERTURA MÉDICA GRUPAL (SALVO QUE EL EMPLEADO Y/O LOS DEPENDIENTES CUENTEN CON COBERTURA MÉDICA GRUPAL EN OTRO LUGAR) RECONOZCO QUE ES POSIBLE QUE MIS DEPENDIENTES Y YO DEBAMOS ESPERAR HASTA DOCE (12) MESES PARA SER INSCRITOS EN ESTE PLAN DE SEGURO DE VIDA GRUPAL Y/O PLAN MÉDICO GRUPAL. ANTE LA INSCRIPCIÓN EN ESTE PLAN MÉDICO GRUPAL, LAS AFECCIONES PREEXISTENTES PUEDEN NO ESTAR CUBIERTAS POR SEIS (6) MESES.**

X _____
Firma si se rechaza la cobertura para empleado/dependiente(s)

Fecha (día/mes/año)

*El cónyuge incluye la pareja de hecho ÚNICAMENTE si su empleador ha elegido la cobertura. Si la cobertura está disponible, la inscripción de la pareja de hecho requiere de la presentación de una declaración jurada de la pareja de hecho firmada y autenticada o, si corresponde, una copia de una declaración jurada de la pareja de hecho válida archivada y sellada por el secretario del estado de California.

*MI: Inicial del segundo nombre



5 OTRA COBERTURA PARA TODOS LOS EMPLEADOS Y DEPENDIENTES QUE SE INSCRIBAN: *Debes responder todas las preguntas.*

- A. ¿Tiene alguna de las personas en esta solicitud la intención de continuar con otra cobertura grupal si se acepta la presente solicitud?..... Sí No
Si la respuesta es "sí", nombre de la persona: _____ Empresa aseguradora: _____
- B. ¿Alguna de las personas que están solicitando cobertura ya tiene cobertura de seguro médico?..... Sí No
¿Alguna de las personas que están solicitando cobertura ha tenido cobertura de seguro médico en cualquier momento durante los últimos seis meses?..... Sí No
Si la respuesta es "sí", nombres del solicitante/integrante de la familia: _____
Tipo de cobertura sin interrupciones: Grupal Individual Otro: _____
Empresa aseguradora: _____ Fecha de inicio de cobertura: _____ Fecha de finalización: _____
- C. ¿Alguna de las personas que están solicitando cobertura ya tiene cobertura de seguro dental?..... Sí No
Tipo de cobertura sin interrupciones: Grupal Individual Otro: _____
Si la respuesta es "sí", nombres del solicitante/integrante de la familia: _____
Empresa aseguradora: _____ Fecha de inicio de cobertura: _____ Fecha de finalización: _____
- D. ¿Es elegible para Medicare o está recibiendo beneficios de Medicare alguna de las personas que están solicitando cobertura?..... Sí No

IMPORTANTE: Si eres elegible para Medicare, Anthem Blue Cross no puede duplicar los beneficios de Medicare.

PRESENTACIÓN DE PRUEBA DE COBERTURA. *En cumplimiento de las leyes federales y estatales, esta solicitud debe estar acompañada de una prueba de cobertura.*

Las formas aceptables de prueba son:

1. certificado de cobertura de empresa aseguradora anterior; **o**
2. copia de la tarjeta de identificación y copia de recibos de nómina que muestren deducción de la cobertura médica; **o**
3. copia de la factura más reciente de las primas médicas o certificado de cobertura de la empresa aseguradora anterior.

La falta de consejos y provisión de pruebas de la cobertura pueden someterte a ti y a tu familia a una cláusula de afecciones preexistentes de seis meses.

6 AUTORIZACIÓN. *La siguiente autorización debe ser firmada por TODOS LOS EMPLEADOS que soliciten cobertura.*

ACEPTO: A mi leal saber y entender, toda la información que consta en este formulario es verdadera y correcta. Comprendo que esta solicitud y toda información obtenida por Anthem Blue Cross y/o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura es la base sobre la cual se emitirá la cobertura del plan. Además autorizo a mi empleador a deducir de mis ganancias la contribución (si la hubiera) necesaria para solicitar el costo de este plan. Certifico que estoy trabajando en el lugar de trabajo del empleador en un puesto fijo.

Comprendo que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura y que no existirá cobertura a menos que esta solicitud y una solicitud realizada por mi empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por Anthem Blue Cross y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. y hasta tanto ello suceda.

Aun si esta solicitud es aprobada, toda información falsa u omisión puede ocasionar la denegación de reclamaciones futuras y la revocación de la póliza.

SOLICITO COBERTURA DE PPO: Comprendo que soy responsable por una parte mayor de mis gastos médicos cuando acudo a un proveedor sin participación. Si elijo un plan PPO y acudo a un proveedor sin participación, los pagos médicos se realizarán en función de un porcentaje menor de la tasa de la tarifa negociada y seré responsable por todo monto superior a ese pago.

SOLICITO COBERTURA DE HMO: Comprendo que soy responsable del pago de los servicios recibidos que no se encuentren autorizados por mi grupo médico principal.

SOLICITO una cuenta de ahorros para la salud (HSA) compatible con el PLAN EPO: Entiendo que los planes con deducible alto están diseñado para el uso de organizaciones de proveedores exclusivos (EPO), y que el uso de proveedores no participantes podría provocar costos en efectivo significativamente más altos. Entiendo que contar con esta cobertura no establece una HSA. Para tal fin, debo comunicarme con una institución financiera calificada. Además, entiendo que debo consultar con mi asesor impositivo

Continúa en la página siguiente.



N.º de seguro social o n.º de identificación									

6 AUTORIZACIÓN. Continuación

CONTRATO DE ARBITRAJE: Si tu cobertura está dentro del plan de un empleador privado regido por la Ley para la Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA), es posible que ciertas disputas no estén sujetas a las siguientes cláusulas de arbitraje:

Comprendo que todas las disputas entre mi persona (y/o cualquier miembro de la familia inscrito) y Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, entre ellas, las reclamaciones por mala práctica médica, deben resolverse mediante arbitraje vinculante, si el monto en disputa excede el límite jurisdiccional del tribunal de reclamaciones menores, y no mediante una acción judicial ni acudiendo a un proceso judicial, salvo en la medida en que la ley de California estipule una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. En virtud de esta cobertura, tanto el miembro como Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company ceden el derecho de resolver toda disputa en un tribunal ante un jurado. Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company y el miembro también acuerdan renunciar a todo derecho de presentar reclamaciones o

controversias uno contra el otro. Para obtener más información relacionada con el arbitraje vinculante, consulta tu evidencia de cobertura/certificado.

Si estoy inscrito en un plan de beneficios patrocinado por un empleador que esté regido por ERISA (Ley para la Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado de 1974, Código de los Estados Unidos 29, sección 1001, y siguientes), comprendo que cualquier disputa que implique una determinación adversa de beneficios por una reclamación médica puede no estar sujeta a arbitraje vinculante obligatorio. Sin embargo, también entiendo que cualquier disputa que pueda tener con respecto a una determinación adversa de beneficios por una reclamación médica puede presentarse para arbitraje voluntario vinculante una vez completado el proceso de apelación de reclamaciones de ERISA.

Al firmar a continuación, doy fe de que he revisado la información proporcionada en esta solicitud y de que, a mi leal saber y entender, dicha información es verdadera y exacta y no contiene omisiones ni información falsa.

Firma del empleado	Fecha (DD/MM/AA)	Firma de cónyuge del empleado (Si se solicita cobertura)	Fecha (DD/MM/AA)
X		X	

PRUEBA DE VIH PROHIBIDA: La ley de California prohíbe que las empresas de seguro médico exijan la prueba de VIH o que la utilicen como condición para obtener el seguro médico.

Una vez completada, firma la autorización y presenta la solicitud a tu empleador. Si la solicitud está incompleta, se te enviará nuevamente para que la completes. Esto puede demorar la fecha de entrada en vigencia de tu cobertura.

Planes de atención médica provistos por Anthem Blue Cross. Planes de seguro provistos por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Licenciatarios independientes de Blue Cross Association. © ANTHEM es una marca registrada. © El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.

