



**Benefits de Anthem Blue Cross**  
Soluciones para pequeñas empresas.  
Un paquete flexible.

# Solicitud del empleado

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

N.º de grupo

--	--	--	--	--	--	--	--

Completa con tinta negra, sella las páginas internas por cuestiones de confidencialidad y envíala a tu administrador de grupo. A fin de evitar la posibilidad de una demora, responde todas las preguntas y asegúrate de firmar y fechar esta solicitud.

## 1. Pregunta a tu empleador qué planes BeneFits se ofrecen y marca una selección:

### De Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company:

- Hospital BeneFits Beneficios únicamente de internación
- Hospital BeneFits Plus Internación más beneficios limitados de consultas al médico
- Hospital BeneFits Plus Internación y beneficios dentales, oftalmológicos y de consultas al médico limitados
- PPO \$35 de copago GenRx Cobertura integral de PPO con beneficios únicamente para medicamentos genéricos
- Lumenos HSA 3000 Si lo indica tu empleador, Anthem Blue Cross facilitará la apertura de una cuenta de ahorros para la salud a tu nombre.

### DE Anthem Blue Cross:

- Power Select HMO Cobertura integral de HMO en códigos postales específicos

Selecciona una IPA para Select HMO: 

--	--	--	--	--	--	--	--

Otra: \_\_\_\_\_

## 2. Pregunta a tu empleador si se ofrece otra cobertura...

**Cobertura dental:** (Saltea esta sección si marcaste el plan *Hospital BeneFits Preferred* en la Sección 1.) Pregunta a tu empleador si se encuentran disponibles las siguientes opciones de cobertura dental. En tal caso, marca una si deseas inscribirte:

De Anthem Blue Cross Life and Health:

- Dental Blue
- Otra: \_\_\_\_\_

De Anthem Blue Cross:

- Dental Net. Elige un n.º de consultorio: 

--	--	--	--	--	--	--	--

**Seguro de vida:** Pregunta a tu empleador si se ofrece cobertura de seguro de vida de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. Si no es así, no tengas en cuenta las preguntas relacionadas con la cobertura de seguro de vida en esta solicitud.

**Oftalmología:** (Saltea esta sección si marcaste el plan *Hospital BeneFits Preferred* en la Sección 1.) Pregunta a tu empleador si se encuentran disponibles las siguientes opciones de cobertura oftalmológica. En tal caso, marca una si deseas inscribirte:

- Blue View Vision     Blue View Plus

ofrecidas por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company

## 3. Proporciona la siguiente información de inscripción (debe completarla el empleado):

- Inscripción de grupo nuevo     Nueva contratación     COBRA    COBRA/Cal-COBRA
- Incorporación a la familia     Cambio de cobertura     Cal-COBRA    Fecha de entrada en vigencia: 

--	--	--	--	--	--	--	--
- Inscripción tardía     Otra    (Los solicitantes de Cal-COBRA deben presentar la prima correspondiente al primer mes)

Apellido		Primer nombre		Inicial*	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. No.	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho (DP)	N.º de seguro social o n.º de id de cónyuge/DP
Ciudad	Estado	Código postal	N.º de dependientes incluido cónyuge/DP		N.º de teléfono particular (    )
Nombre del empleador		Ocupación/Puesto			N.º de teléfono comercial (    )
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> De tiempo parcial <input type="checkbox"/> De tiempo completo	Salario (obligatorio) \$	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes		N.º de horas trabajadas por semana
Beneficiario del seguro de vida: Apellido		Primer nombre		Inicial*	Vínculo

Cuando te enviemos información, es posible que podamos hacerlo en otro idioma que no sea español. ¿Qué idioma prefieres? (opcional)

- Español     Chino     Coreano     Japonés     Árabe     Jemer     Vietnamita
- Armenio     Tagalo     Persa     Ruso     Hmong     Otro \_\_\_\_\_



\*Inicial del segundo nombre

#### 4. Información tuya y de tus dependientes elegibles que se inscriban...

**Dependiente elegible** es el cónyuge legítimo o pareja de hecho de un empleado; el hijo de un empleado que actúa como tutor legal permanente de ese niño o 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. Pueden exigirse pruebas por escrito que avalen el parentesco en el caso de las inscripciones de algunos dependientes. Por ejemplo, un suscriptor existente que esté incorporando un cónyuge o pareja de hecho dependiente debe proporcionar una copia del certificado de matrimonio, la declaración jurada de la pareja de hecho o documento equivalente. Para la inscripción de un hijo adoptado, se exige evidencia legal de adopción (o intención de adopción).

INCORPORACIÓN A LA FAMILIA: Fecha de matrimonio o declaración jurada de la pareja de hecho: \*\*\*       Fecha de adopción: \*\*\*

Sexo	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Altura	Peso	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Incapacitado	HMO Benefits solamente:	
								N.º de médico de cabecera	Paciente actual
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Empleado						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Cónyuge/DP						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Importante:** Si alguno de los dependientes inscritos no vive en la dirección indicada en la Sección 2 de la página anterior, proporciona sus direcciones en una hoja adicional.

#### 5. Completa en caso de querer rechazar la cobertura para ti y/o cualquier dependiente elegible:

Tipo de cobertura:	Rechazada para:	Motivo del rechazo: (posiblemente se exija prueba de cobertura)
Plan médico	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Cónyuge/DP	<input type="checkbox"/> Cubierto por otro plan grupal patrocinado por empleadores. El número de ID y el nombre de la empresa aseguradora son: _____
Plan dental (si se ofrece)	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Cónyuge/DP	<input type="checkbox"/> Cubierto por la póliza individual de Anthem Blue Cross <input type="checkbox"/> Cubierto por Tricare <input type="checkbox"/> Cubierto por Medicare
Plan oftalmológico (si se ofrece)	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Cónyuge/DP	<input type="checkbox"/> Cubierto por MediCal <input type="checkbox"/> Inscrito en un plan de alguna otra empresa aseguradora; nombre: _____
Cobertura de seguro de vida (si se ofrece)	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Cónyuge/DP	<input type="checkbox"/> Otro: _____

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, así como una exclusión de seis meses por enfermedad pre-existente, SALVO QUE TENGA EL DERECHO A UN PERIODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN A CAUSA DEL CAMBIO EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS (POR EJ., INCORPORACIÓN DE UN DEPENDIENTE O PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA A TRAVÉS DE UN DEPENDIENTE).** El periodo de doce (12) meses de espera no se aplicará si: (1) en el momento de la cobertura inicial certifique que la cobertura del plan de beneficios médicos de otro empleador o la cobertura Medi-Cal sin gastos compartidos fue la razón para rechazar la inscripción y pierdo la cobertura con el plan de beneficios médicos de ese empleador o la cobertura sin gastos compartidos Medi-Cal; (2) mi empleador me ofrece diversos planes de beneficios médicos y elegí otro plan durante un periodo abierto de inscripción; (3) un tribunal me ordena que proporcione cobertura a un cónyuge o niño menor de edad en virtud de este plan o (4) si tengo un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, podrán ser inscritos si se solicita la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Si rechazo mi inscripción y/o la de mi(s) dependiente(s) (incluido mi cónyuge/pareja de hecho) a causa de otra cobertura de seguro médico o cobertura de plan médico de grupo, debo solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de la finalización de la otra cobertura (o después de que el empleador suspenda su contribución para la otra cobertura).

Analiza tus opciones cuidadosamente antes de rechazar esta cobertura. Debes tener en cuenta que las empresas que venden seguros médicos individuales generalmente requieren una revisión de tus antecedentes médicos, lo cual podría ocasionar una prima más alta o que se te niegue totalmente la cobertura.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma si rechaza la cobertura para ti/dependiente(s) Fecha (Día/Mes/Año)



**6. Cuestionario de salud. Esta información confidencial no se le entregará a tu empleador ni podrá verla**

Alguna de las personas incluidas en esta solicitud:

1. ¿Ha tenido alguna de las siguientes afecciones, ha hecho alguna consulta al respecto, ha recibido tratamiento, se le ha aconsejado tratamiento o ha sido internada por alguna de ellas?  
*Enfermedades cardiovasculares o infarto; accidente cerebrovascular; trastorno del riñón, estómago, intestinos o hígado; afecciones musculoesqueléticas; afecciones mentales o nerviosas; trastornos del sistema nervioso central; diabetes; algún trastorno del sistema pulmonar o respiratorio; cáncer o trastornos de deficiencia inmunológica, SIDA o complejo relacionado con el SIDA, sin incluir los resultados de las pruebas de VIH.....*  Sí  No
2. ¿Durante los últimos 24 meses, se sometió a una cirugía o estuvo internado en un hospital, sanatorio, centro de convalecencia o institución sanitaria especializada o ha tenido gastos médicos superiores a \$5,000?.....  Sí  No
3. ¿Ha tomado medicamentos según indicaciones de un médico u otro profesional de la salud durante los últimos 12 meses?.....  Sí  No
- 4 a. ¿Alguna de las mujeres que va a recibir cobertura está actualmente embarazada?.....  Sí  No  
b. Si eres hombre y estás incluido en esta solicitud, ¿estás esperando un bebé con alguna persona? (incluso si la madre no está incluida en esta solicitud).....  Sí  No
5. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud usa productos con tabaco?.....  Sí  No

**Si respondes que "Sí" a todas o parte de las preguntas anteriores 1 a 4b, completa lo siguiente (introduce hojas adicionales si es necesario):**

Pregunta n.º \_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Afección tratada \_\_\_\_\_  
 Fechas de tratamiento: Comienzo \_\_\_\_\_ Finalización \_\_\_\_\_  
 marca aquí si continúa el tratamiento   
 Tratamiento recibido \_\_\_\_\_  
 Medicamentos y dosis administradas \_\_\_\_\_  
 Fechas de administración: Comienzo \_\_\_\_\_ Finalización \_\_\_\_\_  
 marca aquí si continúa la administración

Pregunta n.º \_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Afección tratada \_\_\_\_\_  
 Fechas de tratamiento: Comienzo \_\_\_\_\_ Finalización \_\_\_\_\_  
 marca aquí si continúa el tratamiento   
 Tratamiento recibido \_\_\_\_\_  
 Medicamentos y dosis administradas \_\_\_\_\_  
 Fechas de administración: Comienzo \_\_\_\_\_ Finalización \_\_\_\_\_  
 marca aquí si continúa la administración

Pregunta n.º \_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Afección tratada \_\_\_\_\_  
 Fechas de tratamiento: Comienzo \_\_\_\_\_ Finalización \_\_\_\_\_  
 marca aquí si continúa el tratamiento   
 Tratamiento recibido \_\_\_\_\_  
 Medicamentos y dosis administradas \_\_\_\_\_  
 Fechas de administración: Comienzo \_\_\_\_\_ Finalización \_\_\_\_\_  
 marca aquí si continúa la administración

Pregunta n.º \_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Afección tratada \_\_\_\_\_  
 Fechas de tratamiento: Comienzo \_\_\_\_\_ Finalización \_\_\_\_\_  
 marca aquí si continúa el tratamiento   
 Tratamiento recibido \_\_\_\_\_  
 Medicamentos y dosis administradas \_\_\_\_\_  
 Fechas de administración: Comienzo \_\_\_\_\_ Finalización \_\_\_\_\_  
 marca aquí si continúa la administración



Una vez completada, retira la cinta y plégala para sellarla.

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

### 7. Otra cobertura. Asegúrate de completar esta información importante:

A. ¿Alguna de las personas en esta solicitud tiene 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 algún momento durante los últimos seis meses? .....  Sí  No

Si la respuesta es "Sí":

Nombre(s) del solicitante(s)/integrante(s) de la familia: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura sin interrupciones:  Grupal  Individual  Otra: \_\_\_\_\_

Empresa aseguradora: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de cobertura: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

C. ¿Alguna de las personas que están solicitando cobertura ya tiene cobertura de seguro médico?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí":

Nombre(s) del solicitante(s)/integrante(s) de la familia: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura sin interrupciones:  Grupal  Individual  Otra: \_\_\_\_\_

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 **puede no** duplicar los beneficios de Medicare.

#### PRESENTA PRUEBA DE COBERTURA

**En cumplimiento de las leyes federales y estatales, esta solicitud debe estar acompañada de una prueba de esta 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.

**Ten en cuenta que si omites información o no proporcionas pruebas de tu cobertura anterior, tú o tu familiar pueden estar sujetos a una -exclusión de afecciones preexistentes de seis meses.**



Una vez completada la solicitud, retira la cinta de las páginas internas, pliéglala para sellarla y envíala a tu empleador.

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

**8. 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, como así también entiendo 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.

**RECISSION DE MEMBRESÍA:** He proporcionado la información completa sobre antecedentes que será considerada para que esta solicitud de inscripción sea aceptada o rechazada. Entiendo y acepto que yo soy el responsable exclusivo de la integridad y precisión de esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, he hecho todo lo necesario para poder garantizarles a ustedes que toda la información sobre los niños menores de 18 años incluidos en esta solicitud es verdadera e íntegra. Además, todos mis dependientes mayores de 18 años de edad incluidos en esta solicitud la han leído y han proporcionado información completa y precisa. Entiendo y acepto que luego de la aprobación de la solicitud de inscripción, si Anthem Blue Cross descubre que proporcioné intencionalmente información incompleta o falsa o que le omití información antes de la fecha de entrada en vigencia del contrato, Anthem Blue Cross puede revocar la cobertura. Esto significa que Anthem Blue Cross puede cancelar la cobertura como si nunca hubiera existido.

Si Anthem Blue Cross revoca tu cobertura en virtud del formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados, Anthem Blue Cross te enviará una notificación escrita que explique el motivo de la decisión y tus derechos de apelación. Tienes la opción de presentar una nueva solicitud en el futuro para que se te asegure y se considere tu inscripción. Deberás pagar los servicios que estaban cubiertos mientras eras miembro y Anthem Blue Cross te reembolsará todo monto que hayas pagado excepto aquellos que ya haya pagado Anthem Blue Cross.

He leído personalmente y doy fe de la integridad y validez de la información proporcionada en esta solicitud de cobertura. Si aceptan mi solicitud, esta formará parte del contrato entre Anthem Blue Cross y yo.

Yo y todo integrante de la familia inscrito aceptamos cumplir con los términos del contrato.

**Iniciales**

**SOLICITO COBERTURA DE VIDA A TÉRMINO:** Comprendo que presento esta solicitud ante el departamento de seguros de vida de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company y que el departamento de seguros de vida de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company utilizará la información médica que consta en esta solicitud para determinar si se me proporcionará un seguro de vida en el caso de que se dé una o más de las siguientes circunstancias: 1) mi empleador tenga entre 2 y 10 empleados inscritos; 2) esta solicitud tenga fecha más de treinta (30) días después de la fecha de elegibilidad para la cobertura; 3) el monto de la cobertura de seguro de vida que solicito sea superior a \$50,000.

**Firma del empleado (Si se solicita cobertura de vida a término)**

X

**AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, ACEPTAS QUE TODA DISPUTA RESPECTO A MALA PRÁCTICA MÉDICA SE RESUELVA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIAS A TU DERECHO A JUICIO ANTE UN JURADO.**

**Firma del empleado**

X

**Fecha (DD/MM/AA)**

**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 la solicitud, retira la cinta de las páginas internas, pliéglala para sellarla y envíala 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.

