



Completa con tinta negra, sella las páginas interiores para proteger la privacidad y devuélvela a tu administrador de grupo. Tú, el empleado, debes completar esta solicitud. Eres responsable exclusivo por su integridad y precisión. Para evitar posibles demoras, responde todas las preguntas y recuerda firmar y fechar tu solicitud.

N.º de grupo
 | | | | |

1a. Cobertura médica... antes de marcar tu selección, pregunta a tu empleador qué planes médicos están disponibles:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Basic PPO** | <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 3000** | <input type="checkbox"/> Power HealthFund 750** | <input type="checkbox"/> Power Select HMO* |
| <input type="checkbox"/> Saver PPO** | <input type="checkbox"/> Lumenos HIA Plus 3000** | <input type="checkbox"/> PPO 3500 (compatible con HSA)** | <input type="checkbox"/> Saver HMO* |
| <input type="checkbox"/> PPO \$35 de copago GenRx** | <input type="checkbox"/> Advantage PPO \$25 de copago** | <input type="checkbox"/> PPO 2400 (compatible con HSA)** | <input type="checkbox"/> Classic HMO* |
| <input type="checkbox"/> PPO \$45 de copago GenRx** | <input type="checkbox"/> Premier PPO \$20 de copago* | <input type="checkbox"/> High Deductible EPO* | <input type="checkbox"/> HMO 100%* |
| <input type="checkbox"/> PPO \$30 de copago* | <input type="checkbox"/> Premier PPO \$10 de copago* | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| <input type="checkbox"/> PPO \$40 de copago* | <input type="checkbox"/> Power HealthFund 500** | | |
| <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 1500** | | | |

Si seleccionas un plan HMO, no te olvides de suministrar el número del médico en la sección 3

* ofrecido por Anthem Blue Cross
 ** ofrecido por Anthem Blue Cross Life and Health

Anthem Blue Cross facilitará la apertura de una cuenta de ahorros para la salud en tu nombre, si lo indicara tu empleador.

1b. Cobertura dental... antes de marcar tu selección, pregunta a tu empleador qué opciones de cobertura dental están disponibles:

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dental Blue Platinum Plus** | <i>Si seleccionas un plan Dental Blue, también debes seleccionar una red</i> | <input type="checkbox"/> High Option PPO** | <input type="checkbox"/> Dental Net* | <input type="checkbox"/> Otro _____ * ofrecido por Anthem Blue Cross
** ofrecido por Anthem Blue Cross Life and Health |
| <input type="checkbox"/> Dental Blue Platinum** | | <input type="checkbox"/> Standard Option PPO** | <input type="checkbox"/> Dental SelectHMO* | |
| <input type="checkbox"/> Dental Blue Gold Plus** | <i>Marca una:</i> | <input type="checkbox"/> Basic Option PPO** | <i>Para los 2 planes HMO mencionados anteriormente, debes seleccionar un número de consultorio dental:</i> | Cobertura dental voluntaria |
| <input type="checkbox"/> Dental Blue Gold** | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dental Blue Silver Plus** | <input type="checkbox"/> 100 | <i>Para los 3 planes PPO mencionados, la cobertura de tarifa por servicio será reemplazada si el miembro se encuentra fuera del área de servicio de la PPO.</i> | | <input type="checkbox"/> Dental Saver SelectHMO* - Debes seleccionar un número de consultorio dental (a la izquierda) |
| <input type="checkbox"/> Dental Blue Silver** | <input type="checkbox"/> 200 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 300 | | | |

1c. Cobertura oftalmológica... antes de elegir, verifica con tu empleador para asegurarte de que estas opciones estén disponibles:

- Blue View 0 Blue View Plus *ofrecidas por Anthem Blue Cross Life and Health*

1d. Cobertura del seguro de vida... antes de elegir, verifica con tu empleador para asegurarte de que estas opciones estén disponibles:

- Seguro de vida opcional para dependientes (solamente si tu empleador lo ofrece)
- \$10,000/\$1,000 (\$10,000 cónyuge/hijo de 6 meses a 24 años o discapacitado; \$1,000<6 meses)
- \$5,000/\$500 (\$5,000 cónyuge/hijo de 6 meses a 24 años o discapacitado; \$500<6 meses)
- Seguro de vida complementario (adicional a seguro de vida a término, si se lo ofrece) Sí No
- Monto: \$15,000 \$25,000 \$50,000 \$100,000

2. Proporciona la siguiente información para la inscripción (debe completarla el empleado):

- | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Inscripción de grupo nuevo | <input type="checkbox"/> Nueva contratación | <input type="checkbox"/> COBRA | COBRA/Cal-COBRA Fecha de entrada en vigencia:
 |
| <input type="checkbox"/> Incorporación a la familia | <input type="checkbox"/> Cambio de cobertura | <input type="checkbox"/> Cal-COBRA | |
| <input type="checkbox"/> Inscripción tardía | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
- (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. N.º	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"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo	Salario (Requerido) \$	<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

Quando te enviemos información, es posible que podamos hacerlo en otro idioma que no sea inglés. ¿Qué idioma prefieres? (Opcional)

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

*Inicial del segundo nombre



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

3. Información personal 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 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. 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	SOLAMENTE PLANES HMO:	
								N.º del médico de cabecera o 3-dígitos del número de grupo médico/IPA	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.

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

Tipo de cobertura:	Rechazada para:	Motivo del rechazo: <i>(posiblemente se exija prueba de cobertura)</i>
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 nombre de la empresa aseguradora es: _____
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 <input type="checkbox"/> Cubierto por Tricare
Plan oftalmológico (si se ofrece)	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Cónyuge/DP	<input type="checkbox"/> Cubierto por Medicare <input type="checkbox"/> Cubierto por MediCal
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"/> Inscrito en un plan de alguna otra empresa aseguradora. Nombre: _____ <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 preexistente, 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 certifico que la cobertura del plan de beneficios médicos de otro empleador o la cobertura médica 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; (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 la cobertura en su totalidad.

Firma si rechazas la cobertura para ti/dependiente(s) Fecha (Día/Mes/Año)



5. Cuestionario de salud para grupos que inscriban de 1 a 10 empleados. Esta información confidencial no se le entregará a tu empleador ni podrá verla.

Grupos con entre 11 y 50 empleados inscritos: No completes esta sección. Saltea hasta la sección 5A.

Debes responder "Sí" o "No" a todas las preguntas.

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SE TE DEVOLVERÁN PARA QUE LAS COMPLETES, LO CUAL PUEDE DEMORAR LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE TU COBERTURA.

Alguna de las personas incluidas en esta solicitud, ¿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?

1. ¿Infarto, soplo cardíaco, accidente cerebrovascular, dolor de pecho, hipertensión arterial, anemia, venas varicosas u otros trastornos cardíacos, de la sangre, los vasos sanguíneos, hiperlipidemia o arteriosclerosis? Sí No
2. ¿Úlcera, colitis, cálculos biliares, hernia u otro trastorno del estómago, de los intestinos, del recto, de la vesícula biliar o del hígado?..... Sí No
3. ¿Cáncer, quiste o tumor?..... Sí No
4. ¿Trastornos de los riñones, de la sangre o albúmina, de la glándula tiroides, diabetes, enfermedades venéreas u otros trastornos relacionados con la vista o con el sistema urinario, los órganos masculinos o femeninos o disfunción menstrual?..... Sí No
5. ¿Tuberculosis, asma, fiebre del heno, adenoides, pleuritis u otro trastorno de los pulmones o del sistema respiratorio?..... Sí No
6. ¿Epilepsia, desmayos, enfermedad mental o nerviosa, parálisis u otro trastorno del cerebro o del sistema nervioso? Sí No
Si sufre de epilepsia, indica la fecha del último ataque: ____ / ____ / ____
7. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo o abuso de drogas o sustancias adictivas o se le ha recomendado que procure dicho tratamiento?... Sí No
8. ¿Artritis, fiebre reumática, problemas de espalda u otros trastornos de las articulaciones, los músculos o los huesos?..... Sí No
9. ¿Algún defecto o deformidad física? ¿Alguna lesión corporal, fractura, conmoción cerebral, quemadura y/o problemas congénitos serios?..... Sí No
10. ¿Alguna persona a cubrir tuvo, o se le dijo que tuvo, un trastorno de insuficiencia inmunológica, SIDA o complejo relacionado con el SIDA, sin incluir los resultados de las pruebas de VIH?..... Sí No
11. ¿Se ha administrado medicamentos según indicaciones de un médico u otro profesional de la salud durante los últimos 12 meses?..... Sí No
- 12 a. ¿Alguna de las mujeres que va a recibir cobertura está 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
Si la respuesta es "Sí", escribe la fecha de parto (mes): _____.
13. ¿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 1-12b, completa lo siguiente (introduce hojas adicionales si es necesario):

Pregunta n.º ____ Nombre del paciente _____
 Enfermedad tratada _____
 Fechas de tratamiento: Comienzo _____ Finalización _____
 Tratamiento recibido _____ marca aquí si todavía está bajo tratamiento
 Medicamentos y dosis administradas _____
 Fechas de administración: Comienzo _____ Finalización _____
 _____ marca aquí si continúa la administración

Pregunta n.º ____ Nombre del paciente _____
 Enfermedad tratada _____
 Fechas de tratamiento: Comienzo _____ Finalización _____
 Tratamiento recibido _____ marca aquí si todavía está bajo tratamiento
 Medicamentos y dosis administradas _____
 Fechas de administración: Comienzo _____ Finalización _____
 _____ marca aquí si continúa la administración

Pregunta n.º ____ Nombre del paciente _____
 Enfermedad tratada _____
 Fechas de tratamiento: Comienzo _____ Finalización _____
 Tratamiento recibido _____ marca aquí si todavía está bajo tratamiento
 Medicamentos y dosis administradas _____
 Fechas de administración: Comienzo _____ Finalización _____
 _____ marca aquí si continúa la administración

Pregunta n.º ____ Nombre del paciente _____
 Enfermedad tratada _____
 Fechas de tratamiento: Comienzo _____ Finalización _____
 Tratamiento recibido _____ marca aquí si todavía está bajo tratamiento
 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

5A. Cuestionario de salud para grupos que inscriban de 11 a 50 empleados. Esta información confidencial no se le entregará a tu empleador ni podrá verla.

Grupos con entre 1 y 10 empleados inscritos: No completes esta sección, solamente debes completar la sección anterior.

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; trastornos de 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 insuficiencia 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 ha sometido a una cirugía o estuvo internada en un hospital, sanatorio, centro de convalecencia o institución sanitaria especializada o ha tenido gastos médicos superiores a \$5,000? Sí No

3. ¿Se ha administrado 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 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 1-4b, completa lo siguiente (introduce hojas adicionales si es necesario):

Pregunta n.º ____ Nombre del paciente _____

Enfermedad tratada _____

Fechas de tratamiento: Comienzo _____ Finalización _____
marca aquí si todavía está bajo tratamiento

Tratamiento recibido _____

Medicamentos y dosis administradas _____

Fechas de administración: Comienzo _____ Finalización _____
marca aquí si continúa la administración

Pregunta n.º ____ Nombre del paciente _____

Enfermedad tratada _____

Fechas de tratamiento: Comienzo _____ Finalización _____
marca aquí si todavía está bajo tratamiento

Tratamiento recibido _____

Medicamentos y dosis administradas _____

Fechas de administración: Comienzo _____ Finalización _____
marca aquí si continúa la administración

Pregunta n.º ____ Nombre del paciente _____

Enfermedad tratada _____

Fechas de tratamiento: Comienzo _____ Finalización _____
marca aquí si todavía está bajo tratamiento

Tratamiento recibido _____

Medicamentos y dosis administradas _____

Fechas de administración: Comienzo _____ Finalización _____
marca aquí si continúa la administración

Pregunta n.º ____ Nombre del paciente _____

Enfermedad tratada _____

Fechas de tratamiento: Comienzo _____ Finalización _____
marca aquí si todavía está bajo tratamiento

Tratamiento recibido _____

Medicamentos y dosis administradas _____

Fechas de administración: Comienzo _____ Finalización _____
marca aquí si continúa la administración

Servicios para grupos pequeños
Anthem Blue Cross
P.O. Box 9062
Oxnard, CA 93031-9062



3345SP 2/08 RB 04

6. Otra cobertura. Asegúrate de completar esta información importante:

1. ¿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: _____

2. ¿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: Grupal Individual Otra: _____

Empresa aseguradora: _____

Fecha de inicio de cobertura: _____ Fecha de finalización: _____

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

Si la respuesta es "Sí":

Nombres del solicitante/integrante de la familia: _____

Tipo de cobertura: Grupal Individual Otra: _____

Empresa aseguradora: _____

Fecha de inicio de cobertura: _____ Fecha de finalización: _____

4. ¿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.

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.

Importante: Si antes de ingresar a nuestro plan tú o un miembro de tu familia sufren o han sufrido una afección médica por la cual se recomendó o recibió consulta médica, diagnóstico, atención o tratamiento durante los últimos seis meses y si omites información o no proporcionas pruebas de tu cobertura anterior, pueden someterte a una exclusión de afecciones preexistentes de seis meses (no rige para HMO). Eso significa que es posible que debas esperar al menos seis meses antes de que el plan provea cobertura para esa afección (no rige para embarazo ni para un niño inscrito en el plan dentro de los 30 días posteriores a su nacimiento, adopción o entrega en adopción). En algunos casos, la exclusión puede durar hasta 12 meses o hasta 18 meses para los inscritos fuera del plazo establecido. Sin embargo, la duración del periodo de espera puede reducirse mediante la cantidad de días de tu anterior "cobertura acreditable", lo que significa no haber interrumpido la cobertura de salud anterior en, por lo menos, 63 días para un plan individual o 180 días para un plan patrocinado por un empleador o un plan relacionado con el empleador. Debe presentarse evidencia de cobertura acreditable para reducir un periodo de espera, incluida una copia del certificado u otra documentación, la cual, de ser necesario, te podemos ayudar a obtener de un emisor o plan anterior.

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



7. 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 de mi 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.

RESCISIÓN 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 si luego de la aprobación de la solicitud de inscripción 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 la 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 ya pagados por Anthem Blue Cross.

He leído personalmente y doy fe de que la información suministrada en esta solicitud de cobertura es íntegra y válida. Si aceptan mi solicitud, esta formará parte del contrato entre Anthem Blue Cross y yo. Tanto yo como todos los miembros de mi familia inscritos aceptamos cumplir con los términos de este 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 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 solicita cobertura de seguro de vida a término)

X

SOLICITO COBERTURA DE PPO: Comprendo que soy responsable por una parte mayor de mis gastos médicos si 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 del porcentaje menor de la tarifa negociada y seré responsable por todo monto que exceda ese pago.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO ACEPTAS QUE TODA DISPUTA RESPECTO A MALA PRÁCTICA MÉDICA SE RESUELVAN 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.

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, 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.

