

Solicitud de Inscripción del Empleado



Tamaño de grupo + de 51 empleados elegibles

En el interior usted encontrará su solicitud de inscripción a Anthem. Es fundamental que usted la lea cuidadosamente y complete todas las secciones necesarias.



Si usted es un nuevo afiliado:

- a) que está solicitando cobertura de salud, visión y / u odontológica, más el seguro de vida y discapacidad, por favor complete las secciones 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10. Se requiere su firma en la Sección 10.
- b) que está solicitando cobertura de salud, visión y / u odontológica, pero renunciando al seguro de vida y discapacidad, por favor complete las secciones 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11. Se requiere su firma en la Sección 10.
- c) que está solicitando seguro el seguro de vida y discapacidad pero renunciando a la cobertura de salud, por favor complete las secciones 2, 5, 6, 7, 10 y 11. Se requiere su firma en la Sección 10.
- d) que está renunciando a todo tipo de cobertura, por favor complete las secciones 2, 5 y 11. Se requiere su firma en la Sección 11.

Si usted está agregando a uno o más dependientes, complete la Sección 3 además de lo anterior.

Si usted es un nuevo afiliado a la Cobertura Anthem ByDesign Buy-up:

Que está solicitando cobertura de Salud, Odontológica o Visión de Anthem ByDesign Buy-up, por favor marque la casilla apropiada de PPO en la sección 4, "Tipo de Cobertura/Plan" y anote el número de plan de Salud, Odontológico o Visión del beneficio que usted ha elegido en la línea proporcionada junto a la casilla de PPO.

Que está solicitando cobertura de Discapacidad a Corto Plazo (STD por sus siglas en inglés) o Discapacidad a Largo Plazo (LTD por sus siglas en inglés) de Anthem ByDesign Buy-up, por favor marque la casilla apropiada de STD o LTD en la Sección 7, "Seguro de Vida y Discapacidad" e indique el porcentaje de beneficio que usted ha elegido en la línea proporcionada junto a STD o LTD.

Es importante que usted lea y comprenda los Términos, Condiciones y Autorizaciones Importantes que figuran en la Sección 10.

Gracias por elegir Anthem Blue Cross and Blue Shield.

Nota: Se puede requerir que usted proporcione información adicional.

www.anthem.com

Los productos de seguro de vida y por discapacidad están avalados por Anthem Life Insurance Company, un licenciatario independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association
En Indiana: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies Inc.
En Kentucky: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans of Kentucky Inc
En Ohio: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Community Insurance Company
Licenciatarios independientes de la Blue Cross and Blue Shield Association.
© Marcas registradas de la Blue Cross and Blue Shield Association.

Solicitud de Inscripción



Tamaño de grupo + de 51 empleados elegibles

Por favor, complete en tinta y devuelva a su empleador. Utilice más hojas de papel de ser necesario. Toda la información proporcionada debe ser aplicable a este empleador.

Los listados de los Médicos de Atención Primaria (PCP por sus siglas en inglés) de Anthem para los productos HMO/POS pueden obtenerse en el sitio www.anthem.com.

1. Para Uso del Empleador/Grupo: Nombre y Domicilio del Empleador																	
Nº. de Grupo		Nº de Subgrupo /División Vida		Fecha de Entrada en Vigencia de la Solicitud			Clasificación de Vida		Nº del Solicitante / Nombre del Departamento								
				/ /													
Para uso de Anthem:		Plan		Fecha de Entrada en Vigencia del Plan de Salud		Fecha de Entrada en Vigencia del Seguro de Vida		Fecha de Entrada en Vigencia del Plan Odontológico		Fecha de Entrada en Vigencia de Visión		PCP		COB		Pre-ex (fecha)	
				/ /		/ /		/ /				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		/ /	
2. Motivo de la Solicitud				4. Tipo de plan/ cobertura													
<input type="checkbox"/> Nueva inscripción <input type="checkbox"/> Inscripción anual abierta (N/A a Vida) <input type="checkbox"/> COBRA Evento calificante Fecha del evento: / /				<input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Re contratación (fecha) / / <input type="checkbox"/> Agregar dependiente (ver Sección 3)				Cobertura de Salud <input type="checkbox"/> HMO* <input type="checkbox"/> POS* <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Blue Priority ^{SM1} <input type="checkbox"/> Blue (*Ohio solamente Traditional® un producto de la corporación aseguradora de salud o "HIC") <input type="checkbox"/> Lumenos® Cuenta de Ahorros para la Salud <input type="checkbox"/> Lumenos® Cuenta de Reembolso por Cuidados de Salud <input type="checkbox"/> Lumenos® Cuenta de Incentivos para la Salud <input type="checkbox"/> Empleado solamente <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s) <input type="checkbox"/> Cobertura familiar <input type="checkbox"/> Ninguna cobertura Anthem facilitará la apertura de una Cuenta de Ahorros para la Salud a su nombre, si así lo indica su Empleador.				Cobertura Odontológica <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Traditional (Indiana y Ohio solamente) <input type="checkbox"/> Empleado solamente <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s) <input type="checkbox"/> Cobertura familiar <input type="checkbox"/> Ninguna cobertura		Cobertura Visión <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Empleado solamente <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s) <input type="checkbox"/> Cobertura familiar <input type="checkbox"/> Ninguna cobertura		Cobertura de Vida <input type="checkbox"/> Vida (ver sección 7)	
3. Cambio de Estado/Evento																	
Fecha del evento: / / <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento *Incluir documentación legal.				<input type="checkbox"/> Adopción* <input type="checkbox"/> Tutela legal* <input type="checkbox"/> Otro													
5. Información del empleado * Complete la información del Médico de Atención Primaria (PCP) solamente si se está inscribiendo en productos HMO o POS																	
Apellido		Primer Nombre / Inicial del Segundo Nombre		Fecha de nacimiento		Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nº de Seguro Social (Nº de Seguro Social requerido para Lumenos®, Cuenta de Ahorros para la Salud)			<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado	Estatura	Peso				
Domicilio particular		Ciudad			Estado		Código postal	Condado (residentes de KY incluir Municipalidad)									
Teléfono particular ()		Teléfono de la oficina ()			Dirección de correo electrónico												
¿Está usted... Jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Ocupación		Fecha contratación trabajo jornada completa / /		Horas que trabaja por semana		Ingreso declarado por: <input type="checkbox"/> W2 <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Nombre y domicilio del PCP de Anthem*							Número de identificación del PCP de Anthem*			¿Es paciente nuevo?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
6. Información de la familia *Cónyuge y dependientes a ser cubiertos (adjunte una hoja por separado si fuera necesario)* Complete la información del Médico de Atención Primaria (PCP) solamente si se inscribe en los productos HMO o POS																	
1. Apellido		Primer Nombre / Inicial del Segundo Nombre			Relación con el solicitante		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otra			¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Es el domicilio del dependiente diferente del domicilio del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso Afirmativo, proporcione el domicilio completo)																	
Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nº de Seguro Social	Estatura	Peso	¿Elegible para exención al impuesto Federal a las ganancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Con cobertura de atención médica otorgada por tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, incluir la documentación legal)										
											¿Está actualmente hospitalizado o discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, indique los motivos)						
Nombre y domicilio del PCP de Anthem*				Número de identificación del PCP de Anthem*			¿Es paciente nuevo?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
2. Apellido		Primer Nombre / Inicial del Segundo Nombre			Relación con el solicitante		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otra			¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Es el domicilio del dependiente diferente del domicilio del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso Afirmativo, proporcione el domicilio completo)																	
Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nº de Seguro Social	Estatura	Peso	¿Elegible para exención al impuesto Federal a las ganancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Con cobertura de atención médica otorgada por tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, incluir la documentación legal)										
											¿Está actualmente hospitalizado o discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, indique los motivos)						
Nombre y domicilio del PCP de Anthem*				Número de identificación del PCP de Anthem*			¿Es paciente nuevo?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
3. Apellido		Primer Nombre / Inicial del Segundo Nombre			Relación con el solicitante		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otra			¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Es el domicilio del dependiente diferente del domicilio del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso Afirmativo, proporcione el domicilio completo)																	
Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nº de Seguro Social	Estatura	Peso	¿Elegible para exención al impuesto Federal a las ganancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Con cobertura de atención médica otorgada por tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, incluir la documentación legal)										
											¿Está actualmente hospitalizado o discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, indique los motivos)						
Nombre y domicilio del PCP de Anthem*				Número de identificación del PCP de Anthem*			¿Es paciente nuevo?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										

7. Seguro de Vida y Discapacidad							
<input type="checkbox"/> Basic Life <input type="checkbox"/> Dependent Life <input type="checkbox"/> Supplemental Life: _____ x ingresos anuales O \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingreso Actual: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año		<input type="checkbox"/> Basic AD&D <input type="checkbox"/> Supplemental AD&D		<input type="checkbox"/> Discapacidad a Corto Plazo _____ % <input type="checkbox"/> Discapacidad a Largo Plazo _____ %		<input type="checkbox"/> Anthem By Design Short Term Disability-BUY UP <input type="checkbox"/> Anthem By Design Long Term Disability-BUY UP <input type="checkbox"/> Anthem By Design Basic Life-BUY UP (Completar formulario de elección por separado)	¿Está usted actualmente activo en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, motivo _____
Beneficiario Primario	Apellido	Primer nombre, Inicial del segundo nombre	Nº de Seguro Social	Relación con el solicitante	Edad		
Beneficiario De Contingencia	Apellido	Primer nombre, Inicial del segundo nombre	Nº de Seguro Social	Relación con el solicitante	Edad		
8. Otra Cobertura de Salud Por favor, marque una opción <input type="checkbox"/> Sí (complete abajo) <input type="checkbox"/> NO							
El día que empieza su cobertura, liste los miembros de la familia, incluyéndose a usted mismo, que estarán cubiertos por otra cobertura de salud.							
Proporcione el nombre, número de teléfono y domicilio de la HMO o compañía de seguros			Número de Póliza/certificado	Fecha de Vigencia / /			
Nombre del titular de la póliza/certificado		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento / /	Relación con el solicitante			
Si usted y/o sus dependientes están inscritos en Medicare o Medicaid, complete lo siguiente							
Nombre de la(s) persona(s) inscrita(s)		Nº de Identificación de Medicare/Medicaid	Fecha de Vigencia de Medicare Parte A / /	Fecha de Vigencia de Medicare Parte B / /	Fecha de Inicio de la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) / /		
			/ /	/ /	/ /		
Nº de Identificación de Medicare Parte D		Prestador de Medicare Parte D	Fecha de Vigencia de Medicare Parte D / /	Fecha de Finalización de Medicare Parte D / /			
Motivo por el cual tiene derecho a Medicare: <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD y Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)							
9. Cobertura de Salud Previa Por favor, marque una opción <input type="checkbox"/> Sí (complete abajo) <input type="checkbox"/> NO							
¿Ha estado usted cubierto por Anthem durante los últimos dos (2) años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Nombre de Grupo/Nº de Identificación	Fecha de Vigencia de la Póliza: / / - / /				
Nº de Póliza/Certificado:		Liste la(s) prestador(as) anterior(es)	Fechas de Vigencia de la Póliza: / / - / /				
Por favor marque el tipo de cobertura previa <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/Hijo(s) <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge/Hijo(s)							
Motivo de la Finalización: <input type="checkbox"/> Divorcio/Separación legal <input type="checkbox"/> Fallecimiento del cónyuge <input type="checkbox"/> Finalización de cobertura COBRA <input type="checkbox"/> Finalización del empleo <input type="checkbox"/> Finalización del plan grupal <input type="checkbox"/> Cese de contribución del Empleador/grupo <input type="checkbox"/> Otro:							

Términos, Condiciones y Autorizaciones Importantes (TÉRMINOS)

Por favor, lea esta sección cuidadosamente antes de firmar la solicitud.

- Yo no puedo conceder ningún pago bajo mi programa Anthem Blue Cross and Blue Shield.
- Yo autorizo a que se realicen deducciones de mi salario/pensión, si fuera necesario para la prima requerida para la cobertura que yo, o cualquiera de mis dependientes hemos solicitado.
- Yo estoy solicitando la cobertura seleccionada en esta solicitud. Si yo elijo una cobertura o combinación de coberturas, no disponible para mí y/o una clase para la cual yo no soy elegible, yo estoy de acuerdo en que mi(s) elección(es) sea(n) automáticamente modificada(s) por la presente, para que coincida(n) con la solicitud del empleador.
- Yo entiendo que, en la medida que las leyes lo permitan, Anthem se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud (y que Anthem Life Insurance Company puede aceptar solamente a ciertas personas o condiciones para la cobertura) y que la misma no genera derecho de ninguna naturaleza. Yo también entiendo que esta cobertura, de ser aprobada, puede excluir la cobertura de condiciones preexistentes (Ohio solamente – a menos que yo haya solicitado cobertura HMO/HIC, en cuyo caso no existe dicha exclusión)
- Yo tengo la responsabilidad de notificar oportunamente a mi empleador acerca de cualquier cambio que haga que yo, o cualquiera de mis dependientes, no seamos elegibles para la cobertura.
- Ohio: Si estoy solicitando cobertura HMO/HIC yo entiendo que puedo cancelar mi membresía proporcionando aviso por escrito a Anthem dentro de las 72 horas de firmada esta solicitud.
- Al firmar esta solicitud, yo acepto y autorizo que se grabe y/o monitoree cualquier conversación telefónica que tenga lugar entre Anthem y yo.
 ESTE PÁRRAFO APLICA SOLAMENTE A MIEMBROS DE GRUPOS DE OHIO, Y NO APLICA A MIEMBROS DE GRUPOS DE INDIANA O KENTUCKY. Yo entiendo que Anthem puede recolectar información personal sobre mí de fuentes externas, y que tanto la información personal como la confidencial solamente puede ser revelada a fuentes externas sin mi autorización si dicha revelación está permitida tanto por las regulaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) (45 C.F.R. partes 160 y 164) y el Código Revisado de Ohio § 3904.13. También entiendo que bajo las Regulaciones de Privacidad de HIPAA y la ley de Ohio yo tengo el derecho de ver y corregir la información personal que Anthem recolecta sobre mí, y que yo puedo recibir una descripción más detallada de mis derechos bajo estas leyes escribiendo a Anthem.

Reconozco haber leído los Términos, Condiciones y Autorizaciones importantes, y acepto dichas disposiciones como condición para la cobertura. Declaro que a mí leal saber y entender, las respuestas a todas las preguntas que figuran en esta solicitud son veraces y precisas y entiendo que Anthem se basa en ellas para aceptar esta solicitud. Soy consciente de que toda tergiversación en las declaraciones o el hecho de no suministrar información médica nueva previo a mi fecha de entrada en vigencia, puede resultar en un cambio importante en la cobertura o costo de las primas. Cualquier tergiversación importante u omisión significativa que se encuentre en esta solicitud puede motivar el rechazo del otorgamiento de los beneficios o la rescisión o cancelación de mi(s) cobertura(s).

Ohio: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que él o ella está facilitando un fraude contra una aseguradora presenta una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude contra la compañía aseguradora.

Kentucky: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros, organización de mantenimiento de la salud, plan autoasegurado, u otra persona presenta una solicitud para un seguro u otra forma de cobertura de atención médica que contenga cualquier información considerablemente falsa u oculta, para los fines que conduzcan a engaños, información con respecto a cualquier hecho considerable comete por lo tanto un acto fraudulento contra la compañía aseguradora, el cual es un crimen.

Yo proporciono esta autorización para y en nombre de cualquier dependiente elegible y en el mío propio, si estuviera cubierto por el Plan. Yo actúo como su apoderado y representante.

En Indiana: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc.

En Kentucky: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans of Kentucky, Inc.

En Ohio: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Community Insurance Company.

Gracias por elegir Anthem Blue Cross and Blue Shield.

10. Lea cuidadosamente la sección TÉRMINOS en la página 3 antes de firmar. Revise su solicitud para asegurar que no existan errores u omisiones	
Al firmar este documento, yo estoy indicando que he leído y entendido el lenguaje empleado en la sección TÉRMINOS de esta solicitud y que los acepto en su totalidad	
Firma del solicitante:	Fecha / /
11. Renuncia de cobertura para el empleado y/o cualquier dependiente elegible que no se inscriba	
Marque todas las que apliquen Renunciando a: <input type="checkbox"/> de Salud <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> de Vida <input type="checkbox"/> Todas	
Nombre de la persona que renuncia	Ya está protegido por cobertura del: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre del empleador	Prestador: <input type="checkbox"/> Anthem (proporcione N° de certificado/póliza) <input type="checkbox"/> Otro prestador (proporcione nombre, N° de identificación)
Marque todas las que apliquen Renunciando a: <input type="checkbox"/> de Salud <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> de Vida <input type="checkbox"/> Todas	
Nombre de la persona que renuncia	Ya está protegido por cobertura del: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre del empleador	Prestador: <input type="checkbox"/> Anthem (proporcione N° de certificado/póliza) <input type="checkbox"/> Otro prestador (proporcione nombre, N° de identificación)
Marque todas las que apliquen Renunciando a: <input type="checkbox"/> de Salud <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> de Vida <input type="checkbox"/> Todas	
Nombre de la persona que renuncia	Ya está protegido por cobertura del: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre del empleador	Prestador: <input type="checkbox"/> Anthem (proporcione N° de certificado/póliza) <input type="checkbox"/> Otro prestador (proporcione nombre, N° de identificación)
Marque todas las que apliquen Renunciando a: <input type="checkbox"/> de Salud <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> de Vida <input type="checkbox"/> Todas	
Nombre de la persona que renuncia	Ya está protegido por cobertura del: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre del empleador	Prestador: <input type="checkbox"/> Anthem (proporcione N° de certificado/póliza) <input type="checkbox"/> Otro prestador (proporcione nombre, N° de identificación)
Marque todas las que apliquen <input type="checkbox"/> Yo certifico que me ha sido dada la oportunidad de presentar la solicitud para cobertura de Anthem Blue Cross and Blue Shield y que luego de una cuidadosa consideración, he decidido no beneficiarme con esta oferta. En el caso de que en el futuro desee solicitar dicha cobertura, yo podré hacerlo, sujeto a los procedimientos establecidos. Si yo estoy rechazando la inscripción para mí mismo y mis dependientes (incluyendo mi cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, en el futuro yo o mis dependientes podremos inscribirnos en este plan, siempre y cuando la inscripción sea solicitada dentro de los 31 días luego de que finalice mi otra cobertura. Mi(s) dependiente(s) o yo podremos estar sujetos a restricciones de condiciones pre existentes o a períodos de espera especificados en el certificado grupal, si un dependiente o yo somos inscriptos fuera de término. Además, si yo tengo un dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción, yo podré inscribirme a mí mismo o a mis dependientes siempre y cuando yo solicite la inscripción dentro de los 31 días luego del casamiento, nacimiento, adopción, o colocación para adopción. <input type="checkbox"/> Yo certifico que me ha sido dada la oportunidad de presentar la solicitud para los beneficios de vida grupales disponibles ofrecidos por mi empleador/grupo, los beneficios me han sido explicados, y yo y/o mi(s) dependiente(s) rechazamos participar. Ni mi(s) dependiente(s) ni yo fuimos inducidos ni presionados por mi empleador/grupo, agente o prestador de seguros de vida, para rechazar esta cobertura, sino que por mi(nuestra) propia voluntad elegí(mos) rechazar la cobertura. Yo entiendo que si yo elijo solicitar dicha cobertura en el futuro, se me puede requerir que proporcione evidencia de asegurabilidad a mi cargo.	
Firma del solicitante:	Fecha / /