



An Anthem Company



An Anthem Company

ES NECESARIO COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Form for member identification numbers: Número de afiliado del abonado, Número del grupo médico, Número del grupo dental y de la vista.

Solicitud de inscripción de dependientes con discapacidades mentales o físicas

Marque todas las coberturas que corresponden: Médica Dental Vista

A SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR LEGAL DEL DEPENDIENTE

Nombre del abonado (nombre, inicial, apellidos)

Name input boxes

Domicilio (calle)

Address input boxes

Ciudad

City input boxes

Estado

Código postal

State input boxes

Zip code input boxes

Nombre del dependiente (nombre, inicial, apellidos)

Dependent name input boxes

Fecha de nacimiento del dependiente (MM-DD-AAAA)

Birth date input boxes

Estado civil del dependiente

Marital status options: Soltero/a, Casado/a, Viudo/a, Divorciado/a

¿Alguna vez estuvo internado el dependiente? NO Sí, proporcione el nombre y la dirección de la institución y el o los períodos de internación.

¿Cumple el dependiente con los requisitos para recibir cuidados o cobertura bajo las Leyes Federales, Estatales o Locales? NO Sí, proporcione los detalles pertinentes.

¿Está o estuvo trabajando el dependiente para ganar algún sueldo? NO Sí, proporcione el nombre y la dirección del empleador actual o más reciente, y su promedio de ingresos semanales.

Si el dependiente ya no tiene empleo, proporcione las razones de su terminación.

¿Depende financieramente el dependiente del abonado? NO Sí

FIRMA DEL ABONADO

FECHA

A SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO DEL DEPENDIENTE

El dependiente actualmente no es capaz de tener un empleo para mantenerse a sí mismo debido a:

Discapacidad mental Discapacidad física

¿La discapacidad es congénita?

Sí NO

En su opinión, ¿el dependiente alguna vez será capaz de tener un empleo para mantenerse a sí mismo?

Sí NO

Diagnóstico de la condición que causa el estado de discapacidad

Comentarios (proporcione la mayor cantidad posible de información detallada que usted crea que pueda ser beneficioso en este asunto. Adjunte documentación adicional según corresponda.)

Nombre del médico

Dirección del médico (calle, ciudad, estado, código postal)

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

MÉDICO DE CABECERA

Sírvase enviar el formulario completado a: Anthem Blue Cross and Blue Shield – 700 Broadway – 01W0965 – Denver, Colorado 80273

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar o tratar de estafar a la compañía. Los castigos pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles.

ANTHEM BLUE CROSS AND BLUE SHIELD / HMO COLORADO / HMO NEVADA USO EXCLUSIVO

Approved as being (a) Permanently disabled (No re-certification necessary)

(b) Disabled, re-certification is necessary. Re-certification date:

Not Approved as a disabled dependent

BY

DATE