

Bienvenido a Anthem Blue Cross and Blue Shield. Este es su formulario de solicitud de inscripción y cambio.

Debido a que nuestro objetivo es hacer que el proceso de inscripción sea fácil para usted, este formulario puede utilizarse para inscribirse en la cobertura médica, dental, de la visión y de seguro de vida y de discapacidad, donde estén disponibles. También puede utilizarse para renunciar a la cobertura, cambiar información, cancelar la cobertura o volver a inscribirse. Al completar este formulario, siga las pautas que se indican a continuación. Gracias por darnos la oportunidad de ayudarlo.

- **Complete toda la información necesaria en letra de imprenta mayúscula legible.** Los formularios que contengan información inexacta o ilegible serán devueltos, lo que causará una demora en el proceso de la solicitud.
- Si solicita cobertura HMO o HMO POS (Punto de servicio), debe indicar el médico de atención primaria (PCP) que elige **para cada persona que se inscribe** en la primera página de esta solicitud. Si no indica un PCP, es posible que debamos seleccionar uno por usted. Puede encontrar un PCP en línea en [anthem.com](http://anthem.com) al hacer clic en **"Find a Doctor"** (Encontrar un médico).
- Si usted u otro miembro de su familia que solicita cobertura con esta póliza tuvo seguro de salud dentro de los últimos seis meses antes de inscribirse en Anthem, **debe completar la sección 4** para que se le reconozca esta cobertura y no se le apliquen los plazos relacionados con los trastornos preexistentes. Usted tiene derecho a obtener un Certificado de Cobertura Acreditado de su plan anterior. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios de salud si desea recibir asistencia para obtener este certificado o si tiene preguntas sobre los trastornos preexistentes.
- Lea toda la solicitud, incluso la información que aparece en el dorso de las páginas.
- Si tiene un dependiente con una discapacidad mental o física, según lo certifica el médico de su dependiente, dicho médico debe completar un formulario de solicitud de inscripción de un dependiente con discapacidad mental o física.
- Complete y adjunte la Declaración de Matrimonio de Hecho, el Acuerdo de Beneficiario Designado Registrado o el Certificado de Pareja Doméstica, si corresponde.
- Comuníquese con la administración de beneficios de grupo si tiene preguntas sobre los formularios mencionados anteriormente o si necesita ayuda para completar esta solicitud.
- También puede visitar [anthem.com](http://anthem.com) para obtener determinados formularios. Después de iniciar sesión, haga clic en "Customer Care" (Atención al cliente) y después en "I need to Download Forms" (Necesito descargar formularios).

#### PARA INSCRIBIRSE: INSCRIPCIÓN ABIERTA

- Si desea inscribirse en la cobertura por primera vez, complete las secciones 1, 2, 3 y 4 íntegramente, y las secciones 5 y 7, si corresponde.
- Después de leer toda la solicitud, lea la sección 8 y firme y coloque la fecha en la solicitud de inscripción donde corresponda.

#### PARA RENUNCIAR A LA COBERTURA

- Para renunciar a su cobertura, complete las secciones 2, 3 y 6.
- Lea la sección 8 y firme y coloque la fecha en la solicitud de inscripción donde corresponda.

#### PARA CAMBIAR INFORMACIÓN

- Si necesita cambiar información suya o de alguno de sus dependientes elegibles, complete la sección 1. Asegúrese de incluir la fecha de entrada en vigencia del cambio.
- En la sección 3, enumere todos los miembros de su familia a los que les afecta el cambio. Si cambia de domicilio, puede ingresar su nueva dirección en esta sección. Si desea agregar un dependiente, debe hacerlo dentro de los siguientes plazos, después de pasar a reunir los requisitos:
  - 31 días, si pasa a reunir los requisitos por matrimonio, Acuerdo de Beneficiario Designado Registrado, Certificado de Pareja Doméstica, nacimiento, adopción, colocación en adopción, o la pérdida involuntaria de la cobertura, excepto de la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños o de un plan estatal de Medicaid,
  - 90 días, si pasa a reunir los requisitos debido a la pérdida involuntaria de la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños,
  - 60 días, si pasa a reunir los requisitos debido a la pérdida involuntaria de la cobertura de un plan estatal de Medicaid,
  - 60 días, desde la fecha en que pasa a reunir los requisitos para recibir asistencia para el pago de primas de una cobertura de grupo.
- Indique cualquier otro cambio en las partes que corresponden de las secciones 2, 4, 5 o 7.
- Lea la sección 8 y firme y coloque la fecha en la solicitud de inscripción donde corresponda.

#### DESPUÉS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO

- Lea todas las instrucciones antes mencionadas y corrija lo que sea necesario. Esto lo ayudará a asegurarse de que su solicitud se procese de la forma más rápida y precisa posible.
- Entregue a la brevedad su solicitud de inscripción completa a su administrador de beneficios de grupo.

# Formulario de solicitud de inscripción y cambio

## Beneficios médicos, dentales y de la visión

Marque todas las opciones de cobertura que correspondan:  Médica  Dental  Visión  Seguro de vida

N.º de Seguro Social/de miembro (debe ser completado por el empleado)	N.º de caso del empleador (debe ser completado por el empleador)	N.º de seguro de vida de grupo (debe ser completado por el empleador)
--------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

### 1. MOTIVO DE LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> Nueva inscripción <input type="checkbox"/> Cambio de beneficiario <input type="checkbox"/> Reactivación de la cobertura <input type="checkbox"/> Cambio de cobertura <input type="checkbox"/> Cambio de PCP <input type="checkbox"/> Cancelación de la cobertura <input type="checkbox"/> Cambio de información personal <input type="checkbox"/> Otro: _____	Acontecimiento calificado	Fecha de entrada en vigencia del cambio
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------------

### 2. BENEFICIOS Y COBERTURA QUE SE SOLICITAN

Pregúntele a su empleador qué coberturas están disponibles. Consulte la página 4 para obtener información sobre el seguro de vida y discapacidad. Pregúntele a su empleador si el plan que usted selecciona ofrece la cobertura de dependientes para un beneficiario designado (DB)<sup>1</sup> o una pareja doméstica (DP)<sup>2</sup>.

<b>PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS</b> <input type="checkbox"/> HMO <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> POS <sup>3</sup> (Punto de Servicio) <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Lumenos® HSA <sup>4</sup> _____ <input type="checkbox"/> Lumenos® HRA _____ <input type="checkbox"/> Lumenos® HIA Plus _____ <input type="checkbox"/> Otra _____	<b>COBERTURA MÉDICA</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge/DB/DP <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Rechazo y renuncia total (sección 6)	<b>PLAN DE COBERTURA DENTAL</b> <input type="checkbox"/> Anthem Dental Opción _____ <input type="checkbox"/> Anthem Voluntary Dental Opción _____ <input type="checkbox"/> Otra _____ <b>RED DENTAL</b> <input type="checkbox"/> Prime <input type="checkbox"/> Complete <input type="checkbox"/> Otra _____	<b>COBERTURA DENTAL</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge/DB/DP <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Rechazo y renuncia total (sección 6)	<b>PLAN DE COBERTURA DE LA VISIÓN</b> <input type="checkbox"/> Blue View Vision <input type="checkbox"/> Otra _____ <b>PLAN DE LA VISIÓN VOLUNTARIO</b> Nombre del plan _____	<b>COBERTURA DE LA VISIÓN</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge/DB/DP <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Rechazo y renuncia total (sección 6)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO Y LA FAMILIA

Complete la siguiente información sobre usted y los miembros elegibles de su familia que solicitan cobertura o renuncian a ella. Incluya información sobre el beneficiario designado o la pareja doméstica solo si su empleador ofrece cobertura para este tipo de dependientes. Agregue una hoja si es necesario.

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Apellido del empleado	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco <b>Usted</b>
Domicilio postal para enviar correspondencia para miembros		Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico	
Teléfono particular		Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)	Fecha de empleo a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Asalariado	Horas trabajadas por semana	Ingresos: \$ _____ Por: _____
Nombre completo de la compañía		Nombre del cargo	<sup>3</sup> Médico de atención primaria (PCP): solo para planes HMO o POS		N.º de identificación del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Apellido del cónyuge/beneficiario designado/pareja doméstica	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Beneficiario designado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica
<sup>3</sup> Médico de atención primaria (PCP)	N.º de identificación del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si usted y su cónyuge/beneficiario designado/pareja doméstica tienen diferentes apellidos, marque la casilla correspondiente: <input type="checkbox"/> El cónyuge conserva su apellido. <input type="checkbox"/> Matrimonio de hecho (adjunte la Declaración de Matrimonio de Hecho) <input type="checkbox"/> Beneficiario designado (adjunte el Acuerdo de Beneficiario Designado Registrado) <input type="checkbox"/> Pareja doméstica (adjunte el Certificado de Pareja Doméstica)			N.º de Seguro Social (obligatorio)
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Apellido del dependiente	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco
<sup>3</sup> Médico de atención primaria (PCP)	N.º de identificación del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dependiente con discapacidad mental/física que supera la edad límite (coloque las iniciales en la Declaración de Dependiente con Discapacidad que supera la edad límite de la sección 7 y adjunte el formulario de dependiente con discapacidad mental/física). <input type="checkbox"/> Cobertura de atención de la salud exigida por orden judicial (adjunte una copia de la orden judicial).			N.º de Seguro Social (obligatorio)
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Apellido del dependiente	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco
<sup>3</sup> Médico de atención primaria (PCP)	N.º de identificación del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dependiente con discapacidad mental/física que supera la edad límite (coloque las iniciales en la Declaración de Dependiente con Discapacidad que supera la edad límite de la sección 7 y adjunte el formulario de dependiente con discapacidad mental/física). <input type="checkbox"/> Cobertura de atención de la salud exigida por orden judicial (adjunte una copia de la orden judicial).			N.º de Seguro Social (obligatorio)
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Apellido del dependiente	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco
<sup>3</sup> Médico de atención primaria (PCP)	N.º de identificación del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dependiente con discapacidad mental/física que supera la edad límite (coloque las iniciales en la Declaración de Dependiente con Discapacidad que supera la edad límite de la sección 7 y adjunte el formulario de dependiente con discapacidad mental/física). <input type="checkbox"/> Cobertura de atención de la salud exigida por orden judicial (adjunte una copia de la orden judicial).			N.º de Seguro Social (obligatorio)

1 Una persona designada como beneficiario designado (DB), conforme a un Acuerdo de Beneficiario Designado Registrado. 2 Una persona designada como pareja doméstica (DP), conforme a un Certificado de Pareja Doméstica Registrada.  
 3 Para miembros de planes HMO y POS: si no selecciona un PCP, es posible que se elija uno por usted. 4 Verifique con su empleador cuál es el custodio de HSA seleccionado.

**4. OTRO SEGURO**

¿Usted o alguno de sus dependientes han tenido otra cobertura de salud en los últimos seis meses, o tienen actualmente otra cobertura aparte de la que solicitan?  Sí  No  
Si su respuesta es afirmativa, complete la siguiente sección para todos los miembros cubiertos.

Nombre del miembro (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Tipo	Asegurador	Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)
	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados			
	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados			

**5. COBERTURA DE MEDICARE: Complete esta sección si usted, su cónyuge/pareja doméstica o su(s) hijo(s) dependiente(s) tienen cobertura de Medicare. Agregue una hoja si es necesario.**

Nombre del miembro (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de entrada en vigencia de Medicare Parte A	Fecha de entrada en vigencia de Medicare Parte B	Motivo de la discapacidad, si es menor de 65 años de edad	N.º de reclamación de Medicare

**6. RENUNCIA AL SEGURO: Complete esta sección si desea renunciar al seguro.**

Por la presente certifico que he tenido la oportunidad de participar en el plan de seguro de grupo de mi empleador asegurado por la(s) compañía(s) que se indica(n) en esta solicitud de inscripción. Me han explicado el plan y no deseo participar en él. **No deseo participar en el plan de seguro de grupo por el/los siguiente(s) motivo(s):**

- |                                                                                                |                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tengo otro seguro de salud de grupo.                                  | <input type="checkbox"/> Tengo otro seguro de salud individual.                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Tengo otro seguro dental de grupo.                                    | <input type="checkbox"/> Tengo otro seguro de la visión de grupo.                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Soy dependiente de un miembro del servicio militar activo o retirado. | <input type="checkbox"/> No tengo otra cobertura y no estoy interesado en este momento.                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Soy miembro retirado del servicio militar.                            | <input type="checkbox"/> Tengo objeciones religiosas (seguro de vida no contributivo).                                                                  |
| <input type="checkbox"/> No deseo participar (seguro de vida contributivo).                    | <input type="checkbox"/> Mis dependientes o yo recibimos cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños o de un plan estatal de Medicaid. |

**7. DECLARACIÓN DE DEPENDIENTE QUE SUPERA LA EDAD LÍMITE**

Al colocar mis iniciales aquí abajo, confirmo y doy fe de que mi(s) dependiente(s), de 26 años de edad o mayor(es), es/son soltero(s) y depende(n) económicamente o de otra manera de mí debido a una discapacidad mental y/o física y, por lo tanto, reúne(n) los requisitos para la póliza que solicito. Entiendo que debo notificarle a Anthem, dentro de los 31 días, si se produce algún cambio en el estado de mi(s) dependiente(s). Entiendo que la cobertura se establece de acuerdo con la situación real en el momento en que se brindan los servicios, y si mi dependiente no califica como tal cuando se brindan los servicios, Anthem no reembolsará los cargos por dichos servicios y es posible que yo sea el único responsable por ellos. Asimismo, entiendo que la elegibilidad de los dependientes que superan la edad límite debe renovarse todos los años según se especifica en el certificado. Entiendo que Anthem se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, pruebas relacionadas con la dependencia que supera la edad límite. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**8. FIRMA (obligatoria)**

Comprendo que la cobertura que solicito está sujeta a ciertos requisitos de elegibilidad. Reconozco que he leído todas las secciones de esta solicitud, incluida la información que aparece en el dorso de la página, y acepto todos los términos que se incluyen. Asimismo, reconozco que toda la información provista en esta solicitud es completa y exacta, a mi leal saber y entender. Comprendo y acepto que esta solicitud formará parte del contrato que celebraré con Anthem.

Es ilegal brindar deliberadamente información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro, y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, deliberadamente, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, serán denunciados a la División de Seguros de Colorado, dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

**Descripción de inscripciones especiales**

Si usted rechaza la inscripción para usted o para su(s) dependiente(s) (incluso para su cónyuge/beneficiario designado/pareja doméstica) debido a que posee otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, excepto la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños o un plan estatal de Medicaid, es posible que pueda inscribirse e inscribir a su(s) dependiente(s) en este plan si usted o su(s) dependiente(s) pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después de la fecha de finalización de su otra cobertura o de la de sus dependientes (o después de que el empleador deja de contribuir a la otra cobertura).

Si usted rechaza la inscripción para usted o para su(s) dependiente(s) (incluso para su cónyuge/beneficiario designado/pareja doméstica) debido a que posee cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños, es posible que pueda inscribirse e inscribir a su(s) dependiente(s) en este plan si usted o su(s) dependiente(s) pierden la elegibilidad para el programa estatal de seguro médico para niños. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 90 días después de la fecha de finalización de la cobertura del programa estatal de seguro médico para niños.

Si usted rechaza la cobertura de salud para usted o para su(s) dependiente(s) (incluso para su cónyuge/beneficiario designado/pareja doméstica) debido a que posee cobertura de un plan estatal de Medicaid, es posible que pueda inscribirse e inscribir a su(s) dependiente(s) en este plan si usted o su(s) dependiente(s) pierden la elegibilidad para el plan estatal de Medicaid. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de la fecha de finalización de la cobertura del plan estatal de Medicaid.

Si usted pasa a reunir los requisitos para recibir asistencia estatal para el pago de primas de una cobertura de grupo, es posible que pueda inscribirse e inscribir a su(s) dependiente(s) en este plan (incluso a su cónyuge/beneficiario designado/pareja doméstica). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de la fecha en que pasa a reunir los requisitos para recibir asistencia estatal para el pago de primas de una cobertura de grupo.

Además, si usted tiene un nuevo dependiente por matrimonio, Acuerdo de Beneficiario Designado Registrado, Certificado de Pareja Doméstica, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse o inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después de la fecha del matrimonio, Acuerdo de Beneficiario Designado Registrado, Certificado de Pareja Doméstica, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Para solicitar una inscripción especial, envíe una solicitud completa a la dirección que se indica a continuación. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Anthem al 1-877-811-3106 o escriba a: Anthem Blue Cross and Blue Shield, P.O. Box 5858, Denver, CO 80217-5858.

Firma del empleado <b>X</b>	Fecha
--------------------------------	-------



Obligatorio: N.º de Seguro Social/miembro del empleado

**A. TIPO DE COBERTURA**

La cobertura se limita a los beneficios que ofrece su empleador.

Marque todas las casillas correspondientes.

- Seguro de vida y por AD&D     
  Discapacidad a corto plazo     
  Seguro de vida complementario por el monto de \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro de vida complementario y por AD&D     
  STD Buy-up por el monto de \$ \_\_\_\_\_  
 por el monto de \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro de vida para dependientes     
  Discapacidad a largo plazo     
  Otro: \_\_\_\_\_  
 Ingresos actuales \$ \_\_\_\_\_     
  Hora     
  Semana     
  Mes     
  Año

¿Es un trabajador activo?       Sí       No      Si marcó "No", ¿cuándo se espera que regrese al trabajo? \_\_\_\_\_

¿Es jubilado?       Sí       No

¿Es discapacitado?       Sí       No

¿Está internado?       Sí       No

Ingresos declarados mediante:       W-2       1099       Otro: \_\_\_\_\_

Asignación de clase: \_\_\_\_\_ Asignación de división: \_\_\_\_\_

Si está casado/a, indique la ocupación de su cónyuge: \_\_\_\_\_

**B. BENEFICIARIOS PRINCIPALES**

	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	N.º de Seguro Social	Relación con el solicitante	Edad
1.						
2.						

**C. BENEFICIARIOS CONTINGENTES**

	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	N.º de Seguro Social	Relación con el solicitante	Edad
1.						
2.						

**D. OTRAS PREGUNTAS**

¿Alguna vez se evaluó, rechazó, negó la reactivación o renovación del seguro de vida o de salud de alguna persona que solicita la cobertura?       Sí       No  
 En caso afirmativo, indique el nombre de la persona, la fecha y el motivo.

En los últimos tres años, ¿alguna de las personas que solicita la cobertura ha realizado o considera realizar deportes o pasatiempos como aviación, buceo, paracaidismo, carreras o actividades similares?       Sí       No  
 En caso afirmativo, indique sus nombres y sus actividades.

Firma del empleado

**X**

Fecha

**AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO PARA LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA Y DE DISCAPACIDAD (Lea la siguiente información si solicita la(s) cobertura(s) de Anthem Life. Si firma la solicitud de inscripción: El Seguro de Vida y de Discapacidad establece que está de acuerdo con la siguiente autorización).**

Comprendo que Anthem Life Insurance Company (Anthem Life) puede obtener información personal sobre mí de fuentes externas y que podrá divulgar tanto información personal como confidencial a terceros sin mi autorización, solo si la divulgación está permitida por las leyes estatales aplicables. Comprendo que, según las leyes estatales aplicables, tengo derecho a ver y corregir la información personal que Anthem Life obtenga sobre mí y que puedo recibir una descripción más detallada de los derechos que me otorgan dichas leyes si escribo a Anthem Life.

A fin de evaluar mi Declaración de Salud para la cobertura de Anthem Life Insurance Company, autorizo por la presente a cualquier médico o profesional médico autorizado; hospital; clínica u otro centro médico o relacionado con la medicina; compañía de seguros; la Agencia de Información Médica (Medical Information Bureau, Inc.); o cualquier otra organización, institución o persona que tenga información sobre mí o sobre mi salud, o sobre mi familia o la salud de mi familia para la que se realiza esta Declaración de Salud a divulgar dicha información a Anthem Life o a sus reaseguradores. Asimismo, autorizo a Anthem Life o a sus reaseguradores a divulgar información sobre mí o sobre mi salud, o sobre mi familia o la salud de mi familia para la que se realiza esta solicitud de seguro a la Agencia de Información Médica (Medical Information Bureau, Inc.); o a otras compañías de seguro de vida con las que tenga o pueda tener pólizas; y a otros aseguradores ante quienes pueda presentar una reclamación de beneficios.

Comprendo que Anthem Life utilizará esta información para determinar si cumplo con los requisitos del seguro. Esta incluye información sobre drogas, alcoholismo o enfermedades mentales. Para poder procesar esta solicitud, la presente autorización será válida a partir de la fecha en que fue firmada y durante 30 meses, y sus fotocopias tendrán la misma validez del original. Comprendo que puedo solicitar una fotocopia. A fin de procesar una reclamación según esta cobertura, la presente autorización será válida mientras dure la reclamación.

**CERTIFICACIÓN DE LA DECLARACIÓN DEL EMPLEADO PARA LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA Y/O DE DISCAPACIDAD (Lea lo siguiente si solicita cobertura(s) de Anthem Life. Si firma la solicitud de inscripción: Seguro de Vida y Discapacidad, establece que está de acuerdo con la siguiente declaración).**

1. Si se menciona a uno o más beneficiarios del seguro de vida, la recaudación se pagará en partes iguales a los beneficiarios mencionados que sobrevivan al asegurado, a menos que se indique lo contrario. El pago de la recaudación se realizará de acuerdo con los términos del contrato del grupo, sujeto a los cambios que notifique por escrito a mi empleador.
2. La cobertura entrará en vigencia en la fecha establecida en el contrato del grupo y los certificados emitidos conforme a este. Comprendo que, al solicitar el tipo de cobertura que elegí, autorizo a que se deduzca de mi salario, si es necesario, la prima correspondiente.
3. Soy responsable de notificar oportunamente a mi empleador de cualquier cambio que haga que yo o un dependiente no reunamos los requisitos para obtener cobertura.
4. Solicito la cobertura que elegí en esta solicitud. Si elijo una cobertura o una combinación de coberturas que no están disponibles para mí o una clase para la cual no reúno los requisitos, acepto que la(s) cobertura(s) elegida(s) será(n) automáticamente modificada(s) de modo tal que se ajuste(n) a la solicitud del empleador.
5. Comprendo que Anthem Life se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud, la cual no me otorga derecho alguno.

Reconozco que he leído las disposiciones anteriores y acepto expresamente dichas disposiciones como condición para obtener cobertura. Declaro que las respuestas a todas las preguntas incluidas en esta solicitud son verdaderas y exactas a mi leal saber y entender, y comprendo que el asegurador aceptará esta solicitud en función de dichas respuestas. Comprendo que ante una declaración falsa o en caso de no notificar nueva información médica antes de mi fecha de entrada en vigencia, es posible que se realicen cambios importantes en la cobertura o en la tarifa de las primas. Cualquier declaración falsa u omisión significativa que se encuentre en esta solicitud puede ocasionar el rechazo de los beneficios o la rescisión o cancelación de mi(s) cobertura(s). Las fotocopias tendrán la misma validez que el original.

Realizo esta declaración en mi nombre y en nombre de mis dependientes, incluidos mis hijos y mi cónyuge, en caso de que estén cubiertos por el plan, y actúo como su agente y representante.

El empleado y toda persona autorizada para actuar en su nombre tienen derecho a recibir una copia de esta declaración y recibirán una copia de esta solicitud cuando la soliciten.

La información sobre la asegurabilidad tiene carácter confidencial. Anthem Life o sus reaseguradores podrán, sin embargo, preparar un informe breve al respecto para la Agencia de Información Médica (MIB), una asociación de compañías de seguro sin fines de lucro que intercambia información en representación de sus miembros. Si usted solicita cobertura de seguro de vida o de salud a otra compañía miembro de la MIB, o si presenta una reclamación de beneficios a dicha compañía, la MIB le proporcionará a dicha compañía la información que se encuentra en sus archivos, si así se lo solicita.

Cuando reciba su solicitud, la MIB divulgará la información que pueda tener en sus archivos. Comuníquese con la MIB al 866-692-6901 (TTY 866-346-3642).

Si desea cuestionar la exactitud de la información de los archivos de la MIB, comuníquese con la MIB para pedir la corrección de dicha información de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act) federal. La dirección de las oficinas de información de la MIB es PO Box 105, Essex Station, Boston, MA 02112.

Anthem Life o sus reaseguradores también pueden divulgar la información que tengan en sus archivos a otras compañías de seguros a las que usted pueda solicitar un seguro de vida o un seguro médico o ante quienes pueda presentar una reclamación de beneficios. Si lo desea, puede conservar una copia de esta declaración para sus registros.

**INFORMACIÓN LEGAL IMPORTANTE**

La siguiente información se aplica a grupos completamente asegurados de Colorado, de 50 empleados o menos: LA LEY DE SEGUROS DE COLORADO EXIGE QUE TODOS LOS ASEGURADORES EN EL MERCADO DE PEQUEÑAS EMPRESAS EMITAN CUALQUIER PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS QUE OFRECEN EN COLORADO A PEQUEÑAS EMPRESAS DE 2 A 50 EMPLEADOS, INCLUIDO UN PLAN BÁSICO O ESTÁNDAR DE BENEFICIOS MÉDICOS, A TODO EL PEQUEÑO GRUPO, SIN IMPORTAR EL ESTADO DE SALUD DE CUALQUIERA DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO, SI LO SOLICITA UN PEQUEÑO EMPLEADOR. LOS GRUPOS COMERCIALES DE UNO NO PUEDEN SER RECHAZADOS PARA UN PLAN BÁSICO O ESTÁNDAR DE BENEFICIOS MÉDICOS DURANTE LOS PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN ABIERTA ESTABLECIDOS POR LEY.

Es ilegal brindar deliberadamente información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro, y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, deliberadamente, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, serán denunciados a la División de Seguros de Colorado, dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

- Por la presente, autorizo a mi empleador, hasta que se revoque esta autorización mediante una notificación por escrito, a deducir por adelantado todos los meses del salario recibido o acumulado que me corresponde, las sumas necesarias para pagar las tarifas que se encuentran vigentes actualmente o que se encontrarán vigentes en el futuro para la cobertura que solicito.
- En caso de solicitar cobertura de seguro de salud, certifique que trabajo por lo menos 24 horas por semana para el empleador mencionado en la solicitud.
- Para las personas que solicitan cobertura HMO o POS (Punto de servicio): Para aprovechar al máximo mis beneficios de atención de la salud, en esta solicitud menciono al médico de atención primaria que elegí. Si no elegí un médico de atención primaria para mí o para mi(s) dependiente(s), entiendo que es posible que HMO Colorado deba asignarme un médico de atención primaria para mí o para mi(s) dependiente(s).
- Si rechazo la cobertura de salud para una póliza PPO, entiendo que es posible que no pueda inscribirme hasta el próximo período de inscripción abierta o dentro de los 31 días de un acontecimiento calificado. Es posible que esté sujeto a la exclusión por trastornos preexistentes que se menciona a continuación.
- Si rechazo la cobertura de salud para una póliza HMO, entiendo que es posible que no pueda inscribirme hasta el próximo período de inscripción abierta o dentro de los 31 días de un acontecimiento calificado.
- Si rechazo la cobertura de salud para mí o para mi(s) dependiente(s) (incluso para mi cónyuge/beneficiario designado/pareja doméstica) debido a que poseo otra cobertura de seguro de salud de grupo o individual, excepto la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños o un plan estatal de Medicaid, es posible que pueda inscribirme e inscribir a mi(s) dependiente(s) en este plan en el futuro si yo o mi(s) dependiente(s) perdemos la elegibilidad para la otra cobertura, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días después de la finalización de la otra cobertura. Además, si tengo un nuevo dependiente por matrimonio, Acuerdo de Beneficiario Designado Registrado, Certificado de Pareja Doméstica, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirme o inscribir a mis dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días después de la fecha del matrimonio, Acuerdo de Beneficiario Designado Registrado, Certificado de Pareja Doméstica, nacimiento, adopción o colocación en adopción.
- Si rechazo la cobertura de salud para mí o para mi(s) dependiente(s) (incluso para mi cónyuge/beneficiario designado/pareja doméstica) debido a que poseo cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños, es posible que pueda inscribirme e inscribir a mi(s) dependiente(s) en este plan en el futuro si yo o mi(s) dependiente(s) perdemos la elegibilidad para el programa estatal de seguro médico para niños, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 90 días después de la finalización de la cobertura del programa estatal de seguro médico para niños.
- Si rechazo la cobertura de salud para mí o para mi(s) dependiente(s) (incluso para mi cónyuge/beneficiario designado/pareja doméstica) debido a que poseo cobertura de un plan estatal de Medicaid, es posible que pueda inscribirme e inscribir a mi(s) dependiente(s) en este plan en el futuro si yo o mi(s) dependiente(s) perdemos la elegibilidad para el plan estatal de Medicaid, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 60 días después de la finalización de la cobertura del plan estatal de Medicaid.
- Si paso a reunir los requisitos para recibir asistencia estatal para el pago de primas de una cobertura de grupo, es posible que pueda inscribirme e inscribir a mi(s) dependiente(s) en este plan en el futuro (incluso a mi cónyuge/beneficiario designado/pareja doméstica), siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 60 días después de que paso a reunir los requisitos para recibir asistencia estatal para el pago de primas de una cobertura de grupo.
- Comprendo que es posible que deba presentar información adicional si me la solicitan.

**AVISO GENERAL SOBRE LA EXCLUSIÓN POR TRASTORNOS PREEXISTENTES**

La exclusión por trastornos preexistentes no se aplica a las mujeres embarazadas, a hijos dependientes que se inscriban en el plan dentro de un plazo de 31 días después del nacimiento, la adopción o la colocación en adopción, ni a los menores de 19 años de edad. Si su plan es un plan PPO, se aplica una exclusión por trastornos preexistentes. Es decir, si usted ya tenía una afección médica antes de inscribirse en nuestro plan, posiblemente tenga que esperar un cierto período antes de que el plan le dé cobertura para esa afección. Esta exclusión se aplica solo a las afecciones (ya sean físicas o mentales) para las que se indicó o se recibió consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico dentro de un período de seis meses. Generalmente, este período de seis meses finaliza el día anterior a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. Sin embargo, si estuviera sujeto a un período de espera para obtener cobertura, el período de seis meses finaliza el día anterior al comienzo del período de espera.

Esta exclusión puede durar hasta seis meses a partir del día en que comienza la cobertura o, si estuviera sujeto a un período de espera, a partir del primer día de dicho período. Sin embargo, usted puede evitar que se le aplique este período de exclusión si ha tenido "cobertura acreditable" previa. En general, la cobertura de salud previa constituye una "cobertura acreditable" y puede utilizarse para que no se le aplique la exclusión por trastornos preexistentes, si no ha ocurrido una interrupción de la cobertura de por lo menos 90 días en Colorado. Para que no se le aplique el período de exclusión de seis meses sobre la base de su cobertura acreditable anterior, debe proporcionarnos una copia de cualquier certificado de cobertura acreditable que tenga. Si no cuenta con un certificado, pero tiene cobertura de salud previa, lo ayudaremos a obtener uno de su plan o asegurador anterior. Además, existen otras formas de demostrar que usted tiene cobertura acreditable. Comuníquese con nosotros si necesita ayuda para demostrar que tiene cobertura acreditable.

Si tiene preguntas acerca de la exclusión por trastornos preexistentes y de la cobertura acreditable, llame a Anthem al 1-877-811-3106 o escriba a Anthem Blue Cross and Blue Shield, PO Box 5858, Denver CO, 80217-5858.