

Formulario de solicitud de cambios del empleado



Por favor, llene este formulario SÓLO si tiene que hacer cambios a su cobertura existente. Si usted está PRESENTANDO LA SOLICITUD para la cobertura o AGREGANDO a uno o más dependientes, llene la "Solicitud de inscripción a Anthem" en lugar de este formulario. Al llenar la Sección 2, no olvide incluir la fecha del evento que produjo el o los cambios. Si está cancelando la cobertura para un dependiente, cambiando un PCP o cambiando un nombre, indique la razón en las secciones designadas.

Llene con tinta y entregue a su empleador, usando hojas de papel adicionales si fuera necesario.

NOTA: Algunos cambios pueden hacerse accediendo al sitio www.anthem.com. Los listados de los médicos de cabecera de Anthem (PCP) para los productos HMO/POS pueden obtenerse en el sitio www.anthem.com.

1. Para uso del empleador: Nombre y domicilio del empleador									
No. de grupo		No. de subgrupo / no. de división de seguro de vida		Solicitud/ fecha de entrada en vigor		Clasificación de seguro de vida		Nombre del solicitante / no. de departamento	
Para uso de Anthem: Plan		Fecha de entrada en vigor del plan médico		Fecha de entrada en vigor del seguro de vida		Fecha de entrada en vigor del plan odontológico		Fecha de entrada en vigor del plan oftalmológico	
		/ /		/ /		/ /		/ /	
								PCP	
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
								Pre-ex (fecha)	
								/ /	

2. Motivo del cambio		3. Tipo de Plan/ cobertura			
Fecha del evento: __/__/__ <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Cambio del beneficiario del seguro de vida <input type="checkbox"/> Cambio de clasificación del seguro de vida <input type="checkbox"/> Inscripción en Medicare (Sección 7) <input type="checkbox"/> Cancelación/ renuncia de cobertura (ver Sección 9) <input type="checkbox"/> Conversión		<input type="checkbox"/> Cambio de beneficio <input type="checkbox"/> Cancelar dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de PCP <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Otro _____			
		Cobertura médica		Cobertura odontológica	Cobertura oftalmológica
		<input type="checkbox"/> HMO* <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> PPO _____ <input type="checkbox"/> Blue Priority* <input type="checkbox"/> Blue Traditional* (Sólo Ohio: un producto de una compañía de seguros médicos o HIC) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Empleado solamente <input type="checkbox"/> Empleado – cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado – hijo(s) <input type="checkbox"/> Cobertura familiar <input type="checkbox"/> Sin cobertura		<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"/> Sin cobertura	<input type="checkbox"/> Oftalmología <input type="checkbox"/> Empleado solamente <input type="checkbox"/> Empleado – cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado – hijo(s) <input type="checkbox"/> Cobertura familiar <input type="checkbox"/> Sin cobertura
		Seguro de vida			
		<input type="checkbox"/> Vida (ver Sección 6)			

4. Información del empleado * Llene la información del PCP (médico de cabecera) sólo si se inscribe en los productos HMO o POS										
Apellido		Nombre / Inicial del 2º nombre		Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	No. de seguro social	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado	Estrutura	Peso
/ /				/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Domicilio particular			Ciudad	Estado	Código postal	Condado (los residentes de Kentucky deben incluir la municipalidad)				
Horas que trabaja por semana		Nombre y domicilio del PCP de Anthem*				Número de identidad del PCP de Anthem*		¿Es paciente nuevo?*		
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si se cambia el PCP, indique la razón del cambio.										

5. Información de la familia / Cónyuge y dependientes que va a cambiar / cancelar (agregue hojas por separado si fuera necesario) * Llene la información del PCP (médico de cabecera) si se inscribe en los productos HMO o POS

1. <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Cancelación	Apellido		Nombre, inicial del segundo nombre							
Fecha de nacimiento	Sexo	No. de seguro social	Relación con el solicitante	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____	Razón del cambio				
/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F									
¿El domicilio del dependiente es diferente del domicilio del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, indique la dirección completa)										
Nombre y domicilio del PCP de Anthem*						Número de identidad del PCP de Anthem*		¿Es paciente nuevo?*		
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si se cambia el PCP, indique la razón del cambio.										

2. <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Cancelación	Apellido		Nombre, inicial del segundo nombre							
Fecha de nacimiento	Sexo	No. de seguro social	Relación con el solicitante	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____	Razón del cambio				
/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F									
¿El domicilio del dependiente es diferente del domicilio del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, indique la dirección completa)										
Nombre y domicilio del PCP de Anthem*						Número de identidad del PCP de Anthem*		¿Es paciente nuevo?*		
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si se cambia el PCP, indique la razón del cambio.										

3. <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Cancelación	Apellido		Nombre, inicial del segundo nombre							
Fecha de nacimiento	Sexo	No. de seguro social	Relación con el solicitante	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____	Razón del cambio				
/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F									
¿El domicilio del dependiente es diferente del domicilio del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, indique la dirección completa)										
Nombre y domicilio del PCP de Anthem*						Número de identidad del PCP de Anthem*		¿Es paciente nuevo?*		
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si se cambia el PCP, indique la razón del cambio.										

6. Seguro de vida y por discapacidad										
<input type="checkbox"/> De vida básico <input type="checkbox"/> De vida del dependiente <input type="checkbox"/> De vida complementario <input type="checkbox"/> Ingreso actual: \$ _____	<input type="checkbox"/> AD&D básico <input type="checkbox"/> AD&D complementario	<input type="checkbox"/> Discapacidad a corto plazo _____% <input type="checkbox"/> Discapacidad a largo plazo _____%	<input type="checkbox"/> Discapacidad a corto plazo Anthem By Desing – BUY-UP <input type="checkbox"/> Discapacidad a largo plazo Anthem By Desing – BUY-UP <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico Anthem By Desing – BUY-UP *completar formulario de elección separado	¿Trabaja en forma activa actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es no, motivo: _____						
Beneficiario primario		Apellido:	Nombre, inicial del 2º nombre		No. del seguro social	Relación con el solicitante	Edad			
Beneficiario contingente		Apellido:	Nombre, inicial del 2º nombre		No. del seguro social	Relación con el solicitante	Edad			

Debe firmar al dorso de este formulario

7. Otra cobertura médica Por favor, marque una opción <input type="checkbox"/> Sí (llenar abajo) <input type="checkbox"/> NO				
El día que comienza su cobertura, enumere los miembros de su familia (incluyéndose usted) que quedarán cubiertos por cualquier otro seguro médico.				
Indique el nombre, número de teléfono y dirección de la HMO o compañía de seguro		Número de póliza/ certificado		Fecha de entrada en vigor
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 afiliados a Medicare Parte A o Medicaid, llene lo siguiente.				
Nombre(s) del afiliado	No. de ID de Medicare/ Medicaid	Fecha de entrada en vigor de Medicare Parte A	Fecha de entrada en vigor de Medicare Parte B	Fecha de inicio de la ESRD
Razón por la que tiene derecho a recibir Medicare				
<input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD y discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD (enfermedad renal terminal)				

8. Lea estos términos, condiciones y autorizaciones importantes con atención antes de firmar. Revise la solicitud para asegurarse de que no haya errores ni omisiones.	
<p>1. No puedo ceder ningún pago en virtud de mi programa Anthem Blue Cross and Blue Shield.</p> <p>2. Autorizo que se haga la deducción de mi salario/ pensión, si fuera necesaria para la prima requerida para la cobertura para la cual yo o cualquiera de mis dependientes hemos presentado la solicitud.</p> <p>3. Estoy presentando la solicitud para la cobertura seleccionada en este formulario. Si elijo una cobertura o combinación de ellas, no disponible para mí y / o una clase para la que no reúno los requisitos, acepto que mi elección se modifique automáticamente por la presente, para que coincida con la solicitud del empleador.</p> <p>4. 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 sólo a ciertas personas o condiciones para la cobertura) y que la misma no genera derecho de ninguna naturaleza. Asimismo entiendo que esta cobertura, si se aprueba, puede excluir la cobertura de enfermedades preexistentes. (Ohio solamente: a menos que yo haya presentado una solicitud para la cobertura de HMO/HIC, en cuyo caso no existe tal exclusión).</p> <p>5. Tengo la responsabilidad de notificar oportunamente a mi empleador todo cambio por el que yo o cualquiera de mis dependientes, perderíamos la elegibilidad para obtener la cobertura.</p> <p>6. Ohio: Si se presenta la solicitud para la cobertura de HMO/HIC, entiendo que puedo cancelar mi membresía suministrando una notificación por escrito a Anthem dentro de las 72 horas posteriores a haber firmado esta solicitud.</p> <p>7. Al firmar esta solicitud, acepto y autorizo que se grabe y / o controle toda conversación telefónica que tenga lugar entre Anthem y yo.</p> <p>8. ESTE PÁRRAFO SE APLICA SÓLO A LOS MIEMBROS DE LOS GRUPOS DE OHIO Y NO SE APLICA A LOS MIEMBROS DE LOS GRUPOS DE INDIANA NI DE KENTUCKY: Entiendo que Anthem puede recabar información personal sobre mí de fuentes externas y que tanto la información personal como la privilegiada sólo puede ser divulgada a terceros externos sin mi autorización, si tal divulgación estuviera permitida por los Reglamentos de Privacidad de la HIPAA [Health Insurance and Portability Act, Ley de Transferibilidad y Seguros Médicos] (Título 45, del Código de Reglamentos Federales, Partes 160 y 164) y el artículo 3904.13 del Código Enmendado de Ohio. También tengo entendido que de conformidad con los Reglamentos de Privacidad de la HIPAA y las leyes de Ohio, tengo el derecho de ver y corregir la información personal que Anthem recabe sobre mí y que puedo recibir una descripción más detallada de mis derechos según estas leyes, si lo solicito por escrito a Anthem.</p>	<p>Admito haber leído los Términos, condiciones y autorizaciones importantes y acepto dichas disposiciones como condición de cobertura. Declaro que a mi 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 no suministrar información médica nueva antes de mi fecha de entrada en vigor, puede redundar en un cambio importante de la cobertura o en las primas. Toda tergiversación material u omisión significativa hallada en esta solicitud puede motivar el rechazo del otorgamiento de los beneficios o a la rescisión o cancelación de mi cobertura.</p> <p>Ohio: Toda persona que, con la intención de defraudar o que, con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, entregue una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude contra el seguro.</p> <p>Kentucky: Toda persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros, institución para el mantenimiento de la salud, plan de autoaseguro u a otra persona, presentara una solicitud para el seguro u otro formulario para obtener cobertura médica que contuviera información importante falsa o que, con el fin de engañar a la otra parte, ocultara información relacionada con cualquier hecho importante de la misma, estará cometiendo fraude al seguro, lo cual constituye un delito.</p> <p>Extiendo esta autorización para y en nombre de todo dependiente elegible y en el mío propio, si estuviera cubierto por el Plan. Me desempeño como su apoderado y representante.</p>
Firma del solicitante:	Fecha

9. Renuncia de cobertura para el empleado y / o cualquier dependiente elegible que no se esté afiliando	
Marque todos los que correspondan. Renuncia a: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan odontológico <input type="checkbox"/> Plan oftalmológico <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Todos	
Nombre de la persona que renuncia	Ya está cubierto por el seguro del: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre / madre <input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre del empleador	Aseguradora: <input type="checkbox"/> Anthem (indique el no. de certificado/ póliza) <input type="checkbox"/> Otra aseguradora (indique el nombre, no. de ID)
Marque todos los que correspondan. Renuncia a: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan odontológico <input type="checkbox"/> Plan oftalmológico <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Todos	
Nombre de la persona que renuncia	Ya está cubierto por el seguro del: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre / madre <input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre del empleador	Aseguradora: <input type="checkbox"/> Anthem (indique el no. de certificado/ póliza) <input type="checkbox"/> Otra aseguradora (indique el nombre, no. de ID)
Marque todos los que correspondan. Renuncia a: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan odontológico <input type="checkbox"/> Plan oftalmológico <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Todos	
Nombre de la persona que renuncia	Ya está cubierto por el seguro del: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre / madre <input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre del empleador	Aseguradora: <input type="checkbox"/> Anthem (indique el no. de certificado/ póliza) <input type="checkbox"/> Otra aseguradora (indique el nombre, no. de ID)
Marque todos los que correspondan. Renuncia a: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan odontológico <input type="checkbox"/> Plan oftalmológico <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Todos	
Nombre de la persona que renuncia	Ya está cubierto por el seguro del: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre / madre <input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre del empleador	Aseguradora: <input type="checkbox"/> Anthem (indique el no. de certificado/ póliza) <input type="checkbox"/> Otra aseguradora (indique el nombre, no. de ID)
Marque el casillero que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Certifico que se me ha dado la oportunidad de presentar la solicitud para la cobertura de Anthem Blue Cross and Blue Shield y que luego de haberlo considerado con detenimiento, decidí no aprovechar esta propuesta. En el caso de que desee solicitar esta cobertura más adelante, podré hacerlo sujetándome a los procedimientos establecidos. Si estoy rechazando la inscripción para mí mismo o para mis dependientes (incluyendo mi cónyuge) debido a que tengo otro seguro médico, en el futuro puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes en este plan, siempre y cuando dicha inscripción se solicite dentro de los 31 días posteriores a que la otra cobertura finalice. Tanto mis dependientes como yo, podemos quedar sujetos a las restricciones de enfermedades preexistentes o períodos de espera especificados en el certificado colectivo, si yo o un dependiente o nos inscribimos fuera de tiempo. Además, si tengo un dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción puedo inscribirme o inscribir a cualquiera de mis dependientes, siempre y cuando solicite dicha inscripción dentro de los 31 días de haberse producido el matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción.	
<input type="checkbox"/> Certifico que se me ha dado la oportunidad de presentar la solicitud para los beneficios de seguro de vida colectivo que ofrece mi empleador / grupo, que los beneficios me fueron explicados y que yo y / o mis dependientes preferimos no participar. Ni yo ni mis dependientes fuimos inducidos ni presionados por mi empleador / grupo, agente o compañía de seguros de vida para rechazar esta cobertura, sino que la he / hemos rechazado por elección propia. Entiendo que si deseo solicitar esta cobertura más adelante, es posible que se me soliciten pruebas de mi elegibilidad para el seguro por mi cuenta.	
Firma del solicitante	Fecha: