

Solicitud de información de asegurabilidad de California



Conserve una copia de este formulario/esta notificación para sus registros

Unidad de emisión de seguro de evidencia médica
LifeDisUW_MEU@anthem.com

N.º de grupo

--

Se solicita la prueba debido a: <input type="checkbox"/> Monto de emisión garantizada en exceso <input type="checkbox"/> Inscripción tardía <input type="checkbox"/> Cambio de beneficios	Esta evidencia se brinda para: <input type="checkbox"/> Una fecha de entrada en vigor en un nuevo grupo <input type="checkbox"/> Una incorporación de fecha de entrada en vigor posterior al grupo
---	--

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN GENERAL

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)			
N.º de Seguro Social		N.º de teléfono del trabajo		N.º de teléfono particular		Dirección de correo electrónico		
Dirección del empleado			Ciudad	Estado	Código postal	Estado de nacimiento	Estatura	Peso
Monto solicitado \$	Nombre del empleador			Domicilio del empleador				

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE: Debe completarse para todos los dependientes (si los hubiera) que estarán cubiertos en este programa.

Apellido, nombre, inicial del segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Estado de nacimiento	N.º de Seguro Social	Parentesco	Estatura	Peso	Monto solicitado por el dependiente
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				Cónyuge			
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							

SECCIÓN 3: CUESTIONARIO MÉDICO Y DE ACTIVIDADES

Complete las siguientes preguntas médicas para todas las personas que estarán cubiertas: A los efectos de las siguientes preguntas, el término "Profesional médico o social" incluye, entre otros: médico, enfermero, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, quiropráctico, podólogo, terapeuta, patólogo, dentista, optometrista, osteópata, profesional de Ciencia Cristiana o cualquier persona afiliada a un programa de autoayuda, como Alcohólicos anónimos, un programa de tratamiento del abuso de sustancias químicas o un programa para bajar de peso.

1. ¿Usted o alguna de sus dependientes está actualmente embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿quiénes? _____ Fecha estimada de parto: _____ (MM/DD/AAAA)	5. En los últimos tres años, ¿a usted o algunos de sus dependientes les recetaron medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Usted o alguno de sus dependientes fumó o consumió tabaco en los últimos cinco años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿quiénes? _____ Tipo: _____ Fecha en la que dejó de fumar (si corresponde): _____ (MM/DD/AAAA)	6. En los últimos cinco años, ¿usted o alguno de sus dependientes estuvo internado o fue sometido a una cirugía para pacientes ambulatorios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. En los últimos cinco años, ¿alguna vez usted o alguno de sus dependientes experimentó alguna de las siguientes situaciones? a. ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿quiénes? _____ Últimas tres lecturas: _____ b. ¿Ha tenido enfermedad cardíaca, cáncer, diabetes, artritis o asma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. ¿Ha obtenido ayuda de un profesional médico o social por una afección emocional, mental o nerviosa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. ¿Se sometió a tratamiento por alcoholismo o dependencia de sustancias químicas, o recibió una condena por manejar bajo los efectos de sustancias o alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	7. Durante los últimos tres años, ¿usted o alguno de sus dependientes recibió tratamiento médico o asesoramiento de un profesional médico o social para someterse a un tratamiento por alguna afección que no se haya mencionado en las respuestas a las seis preguntas anteriores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 8. ¿Alguna vez a usted o a alguno de sus dependientes se les limitó, negó o rechazó la renovación o reactivación del seguro médico o de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, nombre de la persona, fecha y motivo: _____ _____ _____
4. ¿Alguna vez a usted o a alguno de sus dependientes se le diagnosticó el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o el complejo relacionado con el sida (ARC), o recibió tratamiento de un miembro de la profesión médica por estas afecciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9. En los últimos tres años, ¿usted o alguno de sus dependientes ha realizado deportes o pasatiempos, como aviación, buceo, paracaidismo, carreras o actividades similares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique el/los nombre/s: _____ _____ _____

Aviso importante: Ninguna persona, ni siquiera un empleado o agente de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, está autorizada a cambiar u omitir ninguna de estas preguntas médicas.

Si usted necesita ayuda en español para entender este documento, comuníquese con el administrador de su grupo.
 Los seguros de vida y por discapacidad están asegurados por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, un licenciatario independiente de Blue Cross Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.

SECCIÓN 3: CUESTIONARIO MÉDICO Y DE ACTIVIDADES (continuación)

A continuación, explique las respuestas afirmativas. Si necesita espacio adicional, agregue otra página con su firma y la fecha.

N.º de pregunta	Nombre de la persona	Nombre de la enfermedad o lesión	Fechas del tratamiento	Cualquier efecto restante	Nombre del medicamento y dosis	Nombre y dirección del médico/hospital

SECCIÓN 4: AVISO DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

La información sobre la asegurabilidad de los asegurados propuestos u otras personas propuestas para ser aseguradas, si hubiere, se tratará con confidencialidad. Sin embargo, nosotros o nuestros reaseguradores podemos hacer un breve informe sobre esta información para MIB, Inc., una organización de compañías de seguro de membresía sin fines de lucro que opera el intercambio de información en nombre de sus miembros. Si usted solicita cobertura de seguro de salud o de vida a otra compañía que sea miembro de MIB, o se presenta una reclamación de beneficios a dicha compañía, es posible que MIB, a solicitud, proporcione a dicha compañía la información que tiene archivada. Una vez recibida una solicitud de su parte, MIB organizará la divulgación de cualquier información que pueda tener en su expediente. Si cuestiona la exactitud de esta información en el archivo de MIB, puede comunicarse con MIB y solicitar una corrección de conformidad con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Información Justa de Crédito (Fair Credit Reporting Act). El domicilio de la oficina de información de MIB es: 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734; y el número de teléfono es 1-866-692-6901.

SECCIÓN 5: ACUERDO Y AUTORIZACIÓN

- Autorizo la divulgación de los registros médicos o información sobre reclamaciones, afecciones o tratamientos que tengan relación conmigo o con alguno de los dependientes que se mencionan en este documento por parte de los proveedores de servicios de salud, las organizaciones de servicios relacionados con farmacias, los centros médicos o relacionados médicamente o MIB, Inc. a Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company (Anthem), sus afiliados y administradores, reaseguradores, agentes u otra entidad que preste servicios en nombre de Anthem. Esta información se utilizará con los siguientes fines, entre otros: el procesamiento de esta solicitud para la inscripción, la clasificación de riesgo en grupos, la detección o la prevención de fraude o declaraciones falsas, las auditorías internas y externas, la administración de reclamaciones y los programas de mejoramiento de calidad. Anthem les informará a tales entidades que dicha información debe mantenerse bajo confidencialidad en la medida en que sea necesario o según la ley lo exija, y no debe utilizarse con ningún fin ilícito. Esta información incluye los registros o la información sobre los antecedentes médicos, incluidos los servicios delicados, como salud mental, psiquiatría, abuso de sustancias, salud reproductiva, información sobre el sida o el complejo relacionado con el sida (a excepción de la divulgación de resultados de pruebas de VIH o la condición de VIH), las enfermedades de transmisión sexual u otras enfermedades contagiosas, que se incluyen en dichos registros, incluidos, entre otros, todos los registros de las consultas en el consultorio, los exámenes, los tratamientos, las evaluaciones, las pruebas de diagnóstico y de laboratorio, los informes, las consultas, los registros de los hospitales, los antecedentes de medicamentos recetados, los registros de tratamiento de abuso de sustancias, el asesoramiento psiquiátrico, las notas, la correspondencia, la información de facturación y seguro de tratamientos o servicios provistos por cualquier proveedor. Comprendo que Anthem puede recolectar información personal sobre mí y cualquier dependiente que se mencione en este documento de fuentes externas y que la información personal y privilegiada puede recolectarse y divulgarse a terceros sin mi autorización, y es posible que las leyes de privacidad federales ya no la protejan. También comprendo que tengo el derecho de ver y corregir la información personal que Anthem recolecta sobre mí y los dependientes que se mencionan en este documento y que puedo recibir una descripción más detallada de mis derechos en virtud de esta ley si escribo a Anthem.
- Estas coberturas entrarán en vigor en la fecha que establecen las disposiciones del contrato de grupo y los certificados emitidos en virtud de este.
- Soy responsable de notificar de manera oportuna a mi empleador los cambios que harían que yo o un dependiente deje de reunir los requisitos para la cobertura.
- Comprendo que Anthem se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud y que esta solicitud de información no me otorga derecho alguno. Reconozco haber leído las disposiciones anteriores y acepto expresamente dichas disposiciones como condición de cobertura. También acepto que he recibido y comprendido la notificación de intercambio de información que se explicó anteriormente. Declaro que las respuestas suministradas a todas las preguntas en esta solicitud de información son verdaderas y exactas según mi leal saber y entender, y comprendo que el asegurador confía en ellas para evaluar la solicitud para el seguro. Comprendo que cualquier información errónea o la omisión de información médica nueva antes de la fecha de entrada en vigor puede hacer que se implementen cambios considerables en la cobertura o en las tarifas de las primas. Cualquier información falsa u omisión significativa que se encuentre en esta solicitud de información podría ocasionar la denegación de beneficios o la rescisión o cancelación de mi(s) cobertura(s). Esta autorización, a los fines del procesamiento de este formulario de solicitud de información, es válida desde la fecha en que se firmó durante un período de 30 meses, a menos que la anule por escrito, lo cual puedo hacer en cualquier momento comunicándome con Anthem. Una fotocopia tiene la misma validez que el documento original.

Otorgo esta autorización en mi nombre y en nombre de los dependientes elegibles, si tienen cobertura del plan, incluido mi cónyuge/pareja doméstica, a menos que firme a continuación. Actúo como su agente y representante. Las solicitudes incompletas se enviarán a usted nuevamente para que las complete. Esto puede posponer la fecha de entrada en vigor de su cobertura.

Firma del solicitante X	Fecha (MM/DD/AAAA) _ _ / _ _ / _ _ _ _
Firma del cónyuge/pareja doméstica (si va a estar cubierto) X	Fecha (MM/DD/AAAA) _ _ / _ _ / _ _ _ _

El solicitante puede revocar esta autorización en cualquier momento enviándonos una revocación por escrito a: Anthem, P.O. Box 4510 Woodland Hills, CA 91365. Dicha revocación debe estar firmada y fechada por el solicitante y el cónyuge, si el cónyuge estará cubierto. La revocación de esta autorización puede ocasionar la denegación de la cobertura o la denegación de una reclamación.

RECHAZO DE AUTORIZACIÓN: Rechazo la autorización de divulgación de información de atención médica. Comprendo que dicho rechazo podría ocasionar la denegación de la cobertura o la denegación de una reclamación.

Firma del solicitante X	Fecha (MM/DD/AAAA) _ _ / _ _ / _ _ _ _
Firma del cónyuge/pareja doméstica (si va a estar cubierto) X	Fecha (MM/DD/AAAA) _ _ / _ _ / _ _ _ _

Advertencia de fraude: Para su protección, las leyes de California exigen que se incluya la siguiente declaración en este formulario: La falsedad de cualquier declaración en la solicitud no debe obstruir el derecho a la recuperación conforme a esta póliza, a menos que dicha declaración falsa se haya hecho intencionalmente para engañar o a menos que afecte sustancialmente la aceptación del riesgo o el peligro que asume el asegurador.