

Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambios Médico - Dental - Vista - Vida



Este paquete de materiales contiene su Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambios de Anthem.

Esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambios se usa para todos los asociados nuevos y existentes. Es imprescindible que la lea cuidadosamente y complete todas las secciones necesarias.

También es importante que lea y comprenda los Términos y Condiciones Importantes que aparecen en la última página de este paquete de materiales.

Se requiere su firma en la sección 11.

Nota importante: Es posible que tenga que proporcionar información adicional.

Gracias por escoger Anthem Blue Cross and Blue Shield

Para obtener más información sobre Anthem, sus productos y servicios, visite www.anthem.com

Número de seguro social A ser completado por el empleado

Grid for Social Security Number

Número del grupo médico A ser completado por el empleador

Grid for Medical Group Number

Número del grupo dental y de la vista A ser completado por el empleador

Grid for Dental and Vision Group Number

Número del grupo de seguro de vida A ser completado por el empleador

Grid for Life Insurance Group Number



Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambios para el Seguro Médico - Dental - Vista - Vida

Marque las coberturas que corresponden: Médico Dental Vista Vida

Complete toda la información requerida, escribiendo legiblemente en letras de molde. La información inexacta o ilegible será devuelta causando una demora en el proceso de solicitud.

1 RAZÓN POR LA CUAL SE COMPLETA LA SOLICITUD Evento calificante.

- Solicitud nueva, Rehabilitación, Terminación, Cambio de PCP, Cambio de beneficiario, Cambio de dirección/teléfono, Quitar familiar(es), Agregar familiar(es), Cambio de nombre, Otro

EVENTO CALIFICANTE

FECHA DE VIGENCIA/FECHA DEL EVENTO CALIFICANTE (MM/DD/AAAA) / /

2 INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Form fields for Name (Initials, Surname), Hours worked per week, and Salary (\$)

DIRECCIÓN POSTAL (Dirección donde recibirá la correspondencia como asociado)

Form fields for City, State, and ZIP Code

Form fields for Home Phone, Office Phone, Hire Date, and Full-time Employment

Form fields for Company Name and Position

3 BENEFICIOS Y COBERTURA DESEADOS Consulte con su empleador para conocer la cobertura disponible.

Form with columns for Medical Benefits, Medical Coverage, Dental Benefits, Dental Coverage, and Vision Coverage

4 COMPLETE ESTA SECCIÓN SI SE ESTÁ INSCRIBIENDO EN UN PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO ES UN PLAN HMO O HMO EN EL PUNTO DE SERVICIO (POS)

¿Ha tenido cobertura de plan de atención médica durante los pasados 90 días en Colorado o 63 días en Nevada? Sí No. Si la respuesta es "Sí", adjunte una copia de su Certificado de Cobertura Acreditado...

5 INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA Indique su propio nombre y el de todos los dependientes para los que desee cobertura. Utilice una hoja adicional en caso de ser necesario.

Form for Family I: Add, Change, or Remove dependent. Includes fields for Name, Initials, Surname, Sex, Birth Date, and Relationship.

Form for Family I: Doctor Name (PCP) and Patient Status (Current/No)

Form for Family II: Add, Change, or Remove dependent. Includes fields for Name, Initials, Surname, Sex, Birth Date, and Relationship.

Form for Family II: Doctor Name (PCP) and Patient Status (Current/No)

Form for Family III: Add, Change, or Remove dependent. Includes fields for Name, Initials, Surname, Sex, Birth Date, and Relationship.

Form for Family III: Doctor Name (PCP) and Patient Status (Current/No)

Form for Family IV: Add, Change, or Remove dependent. Includes fields for Name, Initials, Surname, Sex, Birth Date, and Relationship.

Form for Family IV: Doctor Name (PCP) and Patient Status (Current/No)

Form for Family IV: Doctor Name (PCP) and Patient Status (Current/No)

SI USTED Y SU CÓNYUGE ESTÁN USANDO APELLIDOS DIFERENTES, MARQUE EL RECUADRO QUE CORRESPONDE.

MATRIMONIO CONSENSUAL – DISPONIBLE SÓLO EN EL ESTADO DE COLORADO (Adjunte una copia de la Declaración jurada de matrimonio consensual.) CÓNYUGE MANTIENE SU NOMBRE

***DEBE SELECCIONAR UN MÉDICO DE CABECERA SI VA A ESCOGER UN PLAN HMO O HMO EN EL PUNTO DE SERVICIO (POS).**

Número de seguro social A ser completado por el empleado

□□□-□□-□□□□

6 DECLARACIÓN JURADA PARA DEPENDIENTES QUE HAN ALCANZADO LA MAYORÍA DE EDAD

Yo, el suscrito, verifico y atestiguo el hecho de que mi(s) hijo(s) es(son) soltero(s) y dependen financieramente de mí o dependen de mí debido a una orden judicial y que por tanto cumple(n) con los requisitos para recibir cobertura bajo esta póliza. Comprendo que soy responsable de notificar a Anthem Blue Cross and Blue Shield, a HMO Colorado o a HMO Nevada dentro de los 31 días posteriores a cualquier cambio en el estado de mi(s) dependiente(s). Comprendo que el cumplimiento con los requisitos de los dependientes que han alcanzado la mayoría de edad se debe renovar cada año hasta haberse alcanzado el límite máximo de edad, según se especifica en el Certificado. Dicha cobertura estará regida por la situación real en el momento de prestar los servicios, y si mi hijo/a no cumple con los requisitos para ser considerado "dependiente" en el momento de prestarse los servicios, los cargos por dichos servicios no serán reembolsables y podrían resultar de mi exclusiva responsabilidad. Anthem Blue Cross and Blue Shield or HMO Colorado/HMO Nevada se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento evidencia de dependencia de los que han alcanzado la mayoría de edad.

(INICIALES)

7 SEGURO DE VIDA Complete esta sección únicamente para recibir cobertura de Anthem Life Insurance Company. Consulte con su empleador para determinar la cobertura disponible.

Marque el recuadro que corresponde: Vida de grupo a plazo fijo Vida de dependientes Discapacidad a corto plazo Discapacidad a largo plazo Vida complementaria Monto: \$

NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL	INICIAL	APELLIDOS	RELACIÓN
NOMBRE DEL BENEFICIARIO SECUNDARIO	INICIAL	APELLIDOS	RELACIÓN

8 INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA MEDICARE Complete esta sección si usted, su cónyuge o algún hijo/a dependiente están cubiertos por Medicare. Utilice una hoja adicional en caso de ser necesario.

NOMBRE (nombre de pila, inicial, apellidos)	FECHA DE VIGENCIA DE LA PARTE A	FECHA DE VIGENCIA DE LA PARTE B	Si usted o alguno de los demás asociados tienen menos de 65 años de edad, indique la razón de la discapacidad.	NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE

9 RENUNCIA DE SEGURO

¿QUIÉN ESTÁ RENUNCIANDO AL SEGURO?: (Marque todas las respuestas que corresponden.) EMPLEADO CÓNYUGE HIJO/A(S)

NO DESEO/DESEAMOS PARTICIPAR EN EL PLAN DE SEGURO DE GRUPO EN ESTE MOMENTO POR LAS RAZONES SIGUIENTES:

<input type="checkbox"/> Dispongo de otro seguro de atención médica de grupo.	<input type="checkbox"/> Dispongo de otro seguro de atención médica individual.
<input type="checkbox"/> Dispongo de otro seguro dental de grupo.	<input type="checkbox"/> Dispongo de otro seguro de vista de grupo.
<input type="checkbox"/> Dispongo de otro seguro de vida.	<input type="checkbox"/> No tengo otro tipo de cobertura de seguro y no me interesa tenerla en este momento.
<input type="checkbox"/> Soy dependiente de un militar uniformado o de un oficial retirado.	<input type="checkbox"/> Soy un oficial retirado de las fuerzas armadas.

ENUMERE TODOS LOS DEPENDIENTES QUE NO PARTICIPAN EN LA COBERTURA DE GRUPO, INCLUIDO EL CÓNYUGE.

NOMBRE	INICIAL	APELLIDOS	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	RELACION

10 OTRO SEGURO

¿TIENE USTED O ALGUN FAMILIAR SUYO ALGUNA COBERTURA MÉDICA DISTINTA DE AQUELLA PARA LA CUAL SE ESTÁ SOLICITANDO COBERTURA? SI LA RESPUESTA ES "SI", PROPORCIONE LOS NOMBRES DEL FAMILIAR O DE LOS FAMILIARES Y DEL PROVEEDOR:

MÉDICO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO NOMBRE DEL ASOCIADO: _____	NOMBRE DEL PROVEEDOR _____
DENTAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO NOMBRE DEL ASOCIADO: _____	NOMBRE DEL PROVEEDOR _____
VISTA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO NOMBRE DEL ASOCIADO: _____	NOMBRE DEL PROVEEDOR _____
MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO NOMBRE DEL ASOCIADO: _____	NOMBRE DEL PROVEEDOR _____

Por este medio certifico que he tenido la oportunidad de participar en el plan de seguro de grupo de mi empleador asegurado por la(s) compañía(s) indicada(s) más arriba. Me han explicado el plan y he tomado la decisión de no participar.

Si renuncio a la cobertura de atención médica y no dispongo de otra cobertura de atención médica de grupo o individual en este momento, comprendo que mis dependientes y yo podemos inscribirnos como solicitante(s) tardío(s) sujeto(s) a un período de espera de condiciones preexistentes de 18 meses o en la fecha de aniversario del grupo, sujeto(s) a un período de espera de condiciones preexistentes de 18 meses, si corresponde, o en la inscripción abierta anual del grupo, en caso de estar disponible.

Si estoy renunciando a la inscripción para mí mismo y/o mis dependientes (incluido mi cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de atención médica de grupo o individual, en el futuro tendría la oportunidad de inscribirme a mí mismo y/o a mis dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a un evento calificador. Asimismo, si tengo un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, tendría la oportunidad de inscribirme a mí mismo y a mis dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

11 FIRMA

Comprendo que la cobertura que estoy solicitando está sujeta a requisitos que deben cumplirse. Declaro haber leído todas las secciones de esta solicitud y certifico estar de acuerdo con respecto a todos los puntos señalados en este documento.

Firma del empleado	Fecha
---------------------------	--------------

La siguiente declaración corresponde a grupos completamente asegurados en el estado de Colorado, con 50 empleados o menos: **“LA LEY DE SEGUROS DE COLORADO ESTABLECE QUE TODOS LOS PROVEEDORES DE SEGUROS EN EL MERCADO DE LOS GRUPOS PEQUEÑOS, DEBEN OFRECER A PEQUEÑAS EMPRESAS DE 2 A 50 EMPLEADOS CUALQUIERA DE LOS PLANES DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE COMERCIALIZAN EN COLORADO, INCLUYENDO, A PETICIÓN DE LA PEQUEÑA EMPRESA, UN PLAN BÁSICO O ESTÁNDAR DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, PARA TODO EL GRUPO PEQUEÑO, INDEPENDIEMENTE DEL ESTADO DE SALUD DE CUALESQUIERA DE LOS INDIVIDUOS DEL GRUPO. GRUPOS COMERCIALES QUE CONSTEN DE UN SOLO INDIVIDUO BAJO UN PLAN BÁSICO O ESTÁNDAR DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA NO PUEDEN SER RECHAZADOS DURANTE LOS PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN ABIERTA, SEGÚN LO ESPECIFICA LA LEY.”**

La siguiente declaración es aplicable a planes de cobertura de atención médica, dental, vista o vida ofrecidos por medio de Anthem Blue Cross and Blue Shield, HMO Colorado, HMO Nevada y/o Anthem Life Insurance Company (colectivamente denominados “los Planes”):

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos 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. Cualquier compañía de seguros o agente de la misma que proporcione conscientemente información falsa, incompleta o engañosa a un asegurado o demandante con el propósito de engañarlo o tratar de engañarlo con respecto a una compensación o monto pagadero de los fondos del seguro, será denunciado a la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reglamentarias.

Por la presente autorizo a mi empleador, hasta que esta autorización sea revocada por escrito, a deducir mensualmente por adelantado de los salarios que he ganado o acumulado, los montos que sean necesarios para pagar las cuotas que actualmente están en vigencia o que estarán en vigencia en el futuro para la cobertura que estoy solicitando.

Certifico que trabajo por lo menos 24 horas para el estado de Colorado, 30 horas para el estado de Nevada o más por semana para el empleador indicado al reverso, en caso de estar solicitando cobertura de atención médica.

Para los individuos que solicitan cobertura HMO o HMO en el Punto de Servicio: He indicado el médico de cabecera que prefiero, al reverso de esta solicitud. Entiendo que los servicios para los cuales mis dependientes y yo cumpliremos con los requisitos, tal como se describe con más detalle en el Certificado, deberán ser obtenidos del proveedor de atención médica primaria de HMO Colorado / HMO Nevada que he seleccionado.

Período de espera para condiciones preexistentes para los planes Anthem Blue Cross and Blue Shield: “Condición preexistente” se define como cualquier condición (sea física o mental), independientemente de su causa, para la cual se recomendaron u obtuvieron consejos médicos, diagnóstico, atención o tratamiento dentro de los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de inscripción del individuo en un plan de este tipo o, si fuera anterior, el primer día del período de espera para tal inscripción. Anthem Blue Cross and Blue Shield no impondrá ninguna exclusión para condiciones preexistentes en caso de que un niño fuera adoptado o colocado para adopción antes de llegar a los 18 años de edad, o para problemas relacionados con un embarazo.

Si un individuo no ha tenido cobertura dentro de los últimos 90 días en Colorado o 63 días en Nevada, dicho individuo estará sujeto a un período de espera por condiciones preexistentes de hasta 18 meses. No pagaremos por servicios relacionados con una condición preexistente durante seis meses consecutivos (18 meses si se trata de un solicitante tardío) después de la fecha de vigencia original del asociado o, si fuera anterior, el primer día del período de espera.

NOTA: Se renunciará al período de espera por condiciones preexistentes para cualquier persona que cumpla con la definición dictaminada por el estado de “cobertura acreditable” dentro de los últimos 90 días en Colorado o 63 días en Nevada, antes de la fecha de vigencia de nuestra cobertura. El período de cobertura continua no incluirá ningún período de espera para la fecha de vigencia de la cobertura nueva.

El período de espera de 18 meses por condiciones preexistentes solamente corresponde a asociados de Anthem Blue Cross and Blue Shield que sean solicitantes tardíos o que no tengan cobertura acreditable durante 90 días en Colorado o 63 días en Nevada, antes de la fecha de vigencia. Para determinar el alcance de la interrupción en la cobertura, se excluye el período de espera actual. Por ejemplo: Un empleador ha establecido un plan de seguros por primera vez. El grupo estaría asignado a un período de espera por condiciones preexistentes. Sin embargo, si cualesquiera de los asociados inscritos tuvieran cobertura calificante dentro de los 90 días anteriores en Colorado o 63 días en Nevada, nosotros renunciaríamos al período de espera por condiciones preexistentes para dichos asociados.

Se impondrá un período de espera de seis meses por condiciones preexistentes para aquellos asociados de un grupo nuevo sin previa cobertura de atención médica durante los últimos 90 días en Colorado o 63 días en Nevada, y cuando no existía cobertura anterior de seguro de atención médica patrocinada por el empleador. El período de cobertura continua no incluirá ningún período de espera para la fecha de vigencia de la cobertura nueva. Al determinar el alcance de la interrupción en la cobertura, se excluye el período de espera actual.

No hay períodos de espera por condiciones preexistentes para los planes HMO o HMO en el Punto de Servicio (POS).

NOTA: Por lo general, basta con proporcionar una copia de la factura del proveedor anterior para obtener una renuncia de la cláusula de condiciones preexistentes para grupos nuevos de Anthem Blue Cross and Blue Shield. Asimismo, el empleado puede obtener evidencia de cobertura anterior del formulario de cobertura acreditable que las leyes federales (HIPAA) exigen que sea provisto si se solicita.

Póngase en contacto con el Administrador de Beneficios de Grupo si necesita ayuda para completar esta solicitud.