

# Formulario de inscripción o cambio para miembros

## DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

N.º de división de la firma	Plan de beneficios de salud	Fecha de entrada en vigencia solicitada
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------------

## SECCIÓN 1. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

N.º de contrato actual con Anthem, si lo hubiere	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Domicilio particular o casilla de correo		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular	Teléfono del trabajo	Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Separado
Dirección de correo electrónico				

## SECCIÓN 2. MOTIVO DE LA INSCRIPCIÓN

Nuevo grupo (inscripción inicial)     Inscripción anual     Nueva contratación  
 COBRA/CGS 38A-538: Motivo: \_\_\_\_\_ Fecha del acontecimiento calificado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## SECCIÓN 3. CAMBIO DE CONDICIÓN (marque las razones del cambio a continuación e indique la fecha)

Tipo de cambio  
 Nombre (indicar nombre anterior) \_\_\_\_\_  Dirección  Otra razón: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## SECCIÓN 4. OPCIONES DE MEMBRECÍA

	Individual	Dos personas	Familiar
<input type="checkbox"/> Access Blue New England	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blue Care      Nombre del plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blue Choice New England	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Century Preferred/PPO      Nombre del plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Servicios dentales      Nombre del plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HMO Blue New England	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Plan Lumenos HSA*      Nombre del plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Plan Lumenos HSA      Nombre del plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Plan Lumenos HSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Plan Lumenos HIA Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blue View Vision      Nombre del plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro      Nombre del plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Verifique con su empleador cuál es el custodio de HSA que se seleccionó.

Usted, o alguno de los dependientes enumerados en este formulario que reúne los requisitos, ¿está internado en la actualidad en un hospital u otro centro de atención de la salud, está totalmente discapacitado o tiene algún impedimento físico?  Sí  No

## SECCIÓN 5. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

¿Trabaja activamente?  Sí  No  
 Si la respuesta es "no", explique el motivo:  Enfermedad  Lesión  Otro \_\_\_\_\_

En la actualidad ¿reclama beneficios médicos de la compensación para trabajadores?  Sí  No

Fecha de contratación a tiempo completo**	Fecha de contratación a tiempo parcial**	Fecha de recontratación** (si corresponde)	¿Trabaja 30 horas o más por semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Horas: _____
-------------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\*\* Fecha de contratación/recontratación: El primer día en el que la persona presta servicios por un salario o cualquier otra forma de compensación es la fecha de contratación o recontratación.

**SECCIÓN 6. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO Y LOS DEPENDIENTES (incluir únicamente los familiares que desee agregar o cancelar)**

Agregar	Cancelar	Visión	Nombres de las personas (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	¿Es estudiante a tiempo completo de 19 años de edad o más?	Nombre de la institución reconocida para estudiantes a tiempo completo	Nombre del médico de atención primaria (PCP) (consulte el directorio de proveedores o anthem.com) Coloque una X en la casilla <input type="checkbox"/> si consulta actualmente a este médico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted N.º de Seguro Social	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				Nombre Ciudad <input type="checkbox"/> N.º de PCP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge legal <input type="checkbox"/> Pareja N.º de Seguro Social	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				Nombre Ciudad <input type="checkbox"/> N.º de PCP

Los hijos de hasta 26 años de edad pueden reunir los requisitos. Indique si el hijo es estudiante a tiempo completo y haga un círculo en los dependientes discapacitados.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependiente N.º de Seguro Social	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre Ciudad <input type="checkbox"/> N.º de PCP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependiente N.º de Seguro Social	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre Ciudad <input type="checkbox"/> N.º de PCP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependiente N.º de Seguro Social	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre Ciudad <input type="checkbox"/> N.º de PCP

**SECCIÓN 7. INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA ANTERIOR (esta sección debe ser completada)**

Usted o algún miembro de su familia ¿tienen alguna otra cobertura médica, dental o de Anthem Blue Cross and Blue Shield?

Sí  No Si su respuesta es "sí", complete lo siguiente.

	Usted	Cónyuge/pareja	Dependientes		
			1	2	3
Nombre de la compañía de seguros					
N.º de certificado (póliza)					
Primer y último día de cobertura					
Motivo de la terminación					

**SECCIÓN 8. INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE/MEDICAID**

Usted o algún miembro cubierto ¿tiene cobertura de Medicare/Medicaid?

Sí  No

Usted o algún miembro cubierto ¿ha solicitado cobertura por discapacidad de Medicare/Medicaid?

Sí  No

Nombres de los beneficiarios de Medicare	¿Trabaja activamente?	Fecha de jubilación (MM/DD/AAAA)	N.º de reclamación del seguro de salud	Fecha de entrada en vigencia de Medicare Parte A	Fecha de entrada en vigencia de Medicare Parte B	Fecha de entrada en vigencia de Medicare Parte D
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

**SECCIÓN 9. FIRMA DEL EMPLEADO (obligatoria)**

Para la agencia de seguros, el término "ratio de pérdidas médicas" (*medical loss ratio*, MLR) hace referencia a la relación entre las reclamaciones presentadas y las primas ganadas del año calendario anterior. El MLR se calcula para planes de atención administrada (HMO) y planes PPO/Indemnity; uno para fines de la ley estatal y el otro según lo determina la ley federal. En 2011, el ratio de pérdidas médicas de Anthem para fines de la ley estatal fue de **81.0 %** para planes HMO y de **81.4 %** para planes PPO/Indemnity. En 2011, el ratio de pérdidas médicas de Anthem para fines de la ley federal fue de **86.3 %** para planes de grupos pequeños y de **88.3 %** para planes de grupos grandes.

Entiendo que las respuestas o declaraciones falsas o incompletas intencionales pueden ocasionar la rescisión de la cobertura o el rechazo del pago de reclamaciones, tanto para mí como para mis dependientes que reúnen los requisitos. Entiendo que se me brinda una copia de esta solicitud como parte de mi Acuerdo de suscriptor o del documento del plan de beneficios de salud, según corresponda, y que se incorpora como referencia en ellos. Certifico que mis declaraciones en este formulario son verdaderas y están completas a mi leal saber y entender.

Firma del empleado <b>X</b>	Aclaración en letra de imprenta	Fecha
--------------------------------	---------------------------------	-------

## INSTRUCCIONES (TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA)

### Gracias por elegir nuestro plan.

Lea las instrucciones antes de completar el formulario de inscripción o cambio de miembros adjunto. Esto es lo que tendrá que completar para que podamos inscribirlo sin demora.

Para una inscripción nueva, complete todas las secciones.

Para cambios en la membresía, complete lo siguiente:

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

SECCIÓN 3. CAMBIO DE CONDICIÓN

Además, cuando agregue/cancele dependientes que reúnan los requisitos o cambie de médico de atención primaria (PCP), complete lo siguiente:

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO Y LOS DEPENDIENTES

SECCIÓN 7. INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA ANTERIOR

SECCIÓN 8. INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE/MEDICAID

### SECCIÓN 1. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Complete toda la información de esta sección.

### SECCIÓN 2. MOTIVO DE LA INSCRIPCIÓN

Marque la casilla que corresponda. Si usted se inscribe como miembro de la extensión de cobertura según COBRA o CGS 38a-538, indique la fecha del acontecimiento calificado y el código del motivo.

Código del motivo	Acontecimiento calificado	Código del motivo	Acontecimiento calificado
01	Divorcio	04	El hijo dependiente ya no reúne los requisitos según los términos del contrato del empleador.
02	Terminación del empleo	05	Reducción de horas/dejó de cumplir los requisitos de elegibilidad del grupo.
03	Cónyuge de empleado fallecido		

### SECCIÓN 3. CAMBIO DE CONDICIÓN.

Marque la casilla correspondiente si desea hacer un cambio en la membresía. Indique el motivo y la fecha. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:

Dirección	Adopción	Nacimiento	Dependiente	Divorciado	Separado legalmente	Casado	Nombre	PCP
-----------	----------	------------	-------------	------------	---------------------	--------	--------	-----

### SECCIÓN 4. OPCIONES DE MEMBRECÍA

- A. Indique el nombre del plan en el que se inscribe. Para hacerlo, marque la casilla correspondiente junto a su elección. Si elige "BlueCare", "Dental", "Blue View Vision" u "otro", asegúrese de escribir el nombre del plan según lo que le indique su coordinador de beneficios.
- B. Marque "individual", "dos personas" o "familiar" para cada opción de plan que elija.

### SECCIÓN 5. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR

Complete toda la información de esta sección.

### SECCIÓN 6. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO Y LOS DEPENDIENTES

- A. Asegúrese de completar toda la información en esta sección, incluidos los números de Seguro Social y los nombres de las instituciones reconocidas para los dependientes estudiantes a tiempo completo de 19 años de edad o más si así lo requieren las pautas de elegibilidad de su empleador.
- B. Indique el apellido si es diferente.
- C. Si alguno de los dependientes enumerados es discapacitado, indíquelo con un círculo y adjunte la solicitud correspondiente, que la puede obtener de su coordinador de beneficios.
- D. Instrucciones especiales para BlueCare. Se debe elegir un médico de atención primaria (PCP) para cada miembro. Cada miembro puede elegir un PCP diferente. Los especialistas no pueden ser elegidos como PCP. Incluya también la ciudad o localidad en la que se ubica el consultorio del PCP y su número de proveedor, que podrá encontrar en el directorio de proveedores.
- El asterisco (\*) junto al nombre del médico en el listado de proveedores significa que podrá consultarlo únicamente un paciente actual. Si usted es paciente actual y quiere que ese médico sea su PCP, marque la casilla junto al nombre del médico en su solicitud.*
- E. Si la cobertura está disponible por medio del plan para parejas que su empleador ofrece, adjunte los formularios de certificación que correspondan.

### SECCIÓN 7. INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA ANTERIOR

Asegúrese de incluir toda otra información sobre seguros en esta sección.

### SECCIÓN 8. INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE/MEDICAID

Complete toda la información de esta sección si usted o un miembro inscrito está cubierto por Medicare o Medicaid, o si ha solicitado cobertura por discapacidad de Medicare o Medicaid.

### SECCIÓN 9. FIRMA DEL EMPLEADO

La solicitud no se considerará válida si no está firmada. Firme la solicitud completa y entréguesela al coordinador de beneficios de su empleador. Conserve la copia de este formulario para sus registros hasta recibir las tarjetas de identificación. Se le brinda una copia de esta solicitud como parte de su acuerdo de suscriptor o del documento del plan de beneficios médicos, según corresponda y se incorpora como referencia en ellos.

## DEFINICIONES

Las definiciones a continuación se ofrecen solo con fines informativos. Para más información, consulte su Póliza maestra de grupo, el Acuerdo de suscriptor o la Evidencia de cobertura.

**EMPLEADO QUE REÚNE LOS REQUISITOS:** El empleado que reúne los requisitos es el empleado del empleador que trabaja tiempo completo. Para reunir los requisitos como empleado a tiempo completo, el empleado debe ser trabajador activo y trabajar por lo menos 30 horas a la semana en un horario programado en forma regular, a menos que el empleador requiera un número mayor de horas. Los empleados de tiempo parcial deben trabajar por lo menos 20 horas por semana. (Es posible que no todos los empleadores ofrezcan la cobertura de tiempo parcial). Los empleados temporales y eventuales no reúnen los requisitos para la cobertura.

### DEPENDIENTES QUE REÚNEN LOS REQUISITOS:

- a. Cónyuge del empleado que reúne los requisitos conforme a un matrimonio válido legalmente establecido.
- b. Para cuentas aseguradas: El hijo\* de hasta 26 años de edad de un empleado que reúne los requisitos, si el hijo cumple con las pautas de Anthem respecto de la elegibilidad de los dependientes según las leyes federales y estatales. Consulte con Anthem sobre dichas pautas.
- c. Para cuentas autoaseguradas: El hijo\* de hasta 26 años de edad que cumpla con las pautas de elegibilidad del empleador. Consulte con su empleador sobre dichas pautas.

**EXCEPCIÓN PARA RECIÉN NACIDO:** Los niños recién nacidos tendrán derecho, automáticamente, a la cobertura para los primeros 61 días después del nacimiento. Si no se debe pagar ninguna prima adicional a Anthem Blue Cross and Blue Shield, se deberá enviar un formulario de solicitud de inscripción y cambio en la membresía completo a Anthem Blue Cross and Blue Shield dentro de un plazo razonable luego del nacimiento para continuar la cobertura sin interrupción. *Si se requiere una prima adicional, se deberá presentar un formulario de solicitud de inscripción y cambio de membresía completo a Anthem Blue Cross and Blue Shield dentro de los 61 días luego del nacimiento para continuar la cobertura sin interrupción.*

**INSCRITO TARDÍO:** Se considera inscrito tardío a cualquier empleado o dependiente que reúna los requisitos, pero que solicite el seguro más de 31 días después de la oportunidad más temprana para inscribirse en la cobertura según los planes que patrocine el empleador. El inscrito tardío estará sujeto a un período de espera de trastornos preexistentes de 12 meses para planes de indemnización/PPD, o a un período de afiliación de 3 meses para planes de HMO. No se negará la cobertura a los inscritos tardíos que reúnan los requisitos para la cobertura. Se les podrá pedir que completen un formulario de declaración de salud. Un dependiente o empleado elegible no se considerará un inscrito tardío, si se solicita cobertura y se cumplen todas las siguientes condiciones: (1) no se eligió la cobertura cuando el empleado reunió los requisitos por primera vez según la póliza de grupo solo porque otro plan de seguro de salud de grupo le brindaba cobertura al empleado; y (2) la cobertura de dicho plan finalizó por terminación del empleo, muerte de un cónyuge, divorcio, separación legal, pérdida de elegibilidad, el beneficio de la cobertura COBRA se agotó, reducción en las horas de trabajo, o el empleador deja de contribuir al plan de beneficios de salud; y (3) el empleado solicita cobertura según este contrato dentro de los 31 días posteriores a la pérdida de la cobertura según el otro plan.

**TRABAJADOR ACTIVO:** El término “trabajador activo” significa que el empleado debe trabajar en el domicilio comercial del empleador del grupo o en el lugar requerido por la actividad, y llevar a cabo todas las tareas que requiera el trabajo de un empleado a tiempo completo que trabaja la cantidad de horas mínimas por semana con un horario programado en forma regular.

**FECHA DE CONTRATACIÓN/RECONTRATACIÓN:** El primer día en el que la persona presta servicios por un salario o cualquier otra forma de compensación es la fecha de contratación o recontractación.

**PERÍODO DE ESPERA:** Es el tiempo que debe pasar hasta que un empleado o dependiente reúnan los requisitos para inscribirse en el plan. El período estándar de espera de Anthem Blue Cross and Blue Shield permite que los empleados contratados recientemente reúnan los requisitos para inscribirse en la cobertura luego de 30 días corridos de “empleo como trabajadores activos”. Por lo general, los empleados contratados recientemente y sus dependientes que soliciten la cobertura después de 31 días de la primera fecha de elegibilidad serán considerados inscritos tardíos.

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:** Los empleados contratados recientemente y sus dependientes tendrán como fecha de entrada en vigencia el primer día del mes posterior a la finalización del período de espera. La fecha de entrada en vigencia para las nuevas contrataciones puede diferirse si no se recibe la información solicitada o si esta está incompleta.

**TRASTORNO PREEXISTENTE:** *(Requerido para pequeñas empresas de 1 a 50 empleados).* El término “trastorno preexistente” se refiere a un trastorno, ya sea físico o mental, sin importar su causa, para el cual se indicó o recibió consejo médico, atención o tratamiento dentro del período de trastorno preexistente, según lo detallado en la Lista de beneficios.\*\*

**PERÍODO DE TRASTORNO PREEXISTENTE:** El período inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.\*\*

**PERÍODO DE AFILIACIÓN:** Es el tiempo que debe pasar hasta que la cobertura de salud provista por una HMO entre en vigencia y durante el cual la HMO no está obligada a brindar beneficios. No se cobrará ninguna prima durante ese período.

**PERÍODO DE EXCLUSIÓN DE BENEFICIOS:** El período durante el cual no se brindarán beneficios por un trastorno preexistente. Una cobertura acreditable previa puede reducir la duración del período de exclusión de beneficios. De ser necesario, solicitaremos un certificado de cobertura acreditable previa en relación con su plan de salud anterior.

**PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA:** Es el período durante el cual el grupo del empleador les permite a los empleados elegir la cobertura de salud de grupo.

\* “Hijo” incluye un hijo biológico, un hijo legalmente adoptado o colocado con usted en adopción, hijastro, un hijo mantenido por el empleado conforme a una orden judicial o un niño de quien el empleado es tutor legal.

\*\* Estas disposiciones no se aplican a los productos de HMO.