

Individual Enrollment Application—Nevada

Solicitud de inscripción individual—Nevada



The following are offered by Anthem Blue Cross and Blue Shield: BluePreferred PPO plans; Lumenos HSA, HIA and HIA Plus plans; HSA-qualified high-deductible health PPO plans; RightPlan PPO 40 plan; SmartSense® PPO plans; dental PPO and term life products. Anthem Blue Cross and Blue Shield ofrece lo siguiente: planes BluePreferred PPO; planes Lumenos HSA, HIA y HIA Plus; planes de salud con deducible alto calificados para HSA PPO; plan RightPlan PPO 40; planes SmartSense® PPO; dental PPO y productos de seguros de vida a término.

Applicant Social Security or ID Number Número de seguro social o de identificación del solicitante

Reason for Application (Check one) / Motivo de la solicitud (marque una)

- New enrollment(s) / Nuevas inscripciones
- Changing your current Anthem Blue Cross and Blue Shield plan / Cambio de su plan actual de Anthem Blue Cross and Blue Shield
- Adding dependent(s) to existing plan (indicate subscriber's ID number for existing plan: _____) / Incorporación de dependientes a su plan actual (indique el número de identificación del suscriptor para el plan actual: _____)

Promotion Code Código de promoción

1. Applicant Information (please print) / Información sobre el solicitante (completar en letra de imprenta)

Primary Applicant Last Name Apellido del solicitante principal	First Name Nombre	M.I. Inicial del segundo nombre	Marital Status / Estado civil <input type="checkbox"/> Single / Soltero <input type="checkbox"/> Married / Casado	Spouse Social Security or ID Number N.º de seguro social o n.º de identificación del cónyuge
Home Address (must be complete; P.O. box not acceptable) Domicilio particular (debe ser completo; no se admite número de casilla postal)			Maiden Name of Applicant/Spouse Apellido de soltera de la solicitante/Cónyuge	
City Ciudad	State Estado	ZIP Code Código postal	Contact Phone Number / Número de teléfono de contacto home / hogar work / trabajo	
Mailing Address (if different than above) or P.O. Box Dirección postal (si es distinta a la indicada anteriormente) o casilla postal	Personal Mail Box (PMB) Number Número de casilla de correo personal	Fax Number Número de fax	If possible, do you want e-mail notification? Si es posible, ¿desea recibir notificación por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
City Ciudad	State Estado	ZIP Code Código postal	E-mail Address Dirección de correo electrónico	
Has any person listed on this application lived (not traveled) outside the U.S. for the past three consecutive months? ¿Algunas de las personas incluidas en esta solicitud han vivido (no viajado) fuera de los EE. UU. durante los últimos tres meses?				<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
When information is sent to you, we may be able to send it in a language other than English. What language would you prefer? (optional) Cuando le enviemos información, es posible que podamos hacerlo en otro idioma que no sea inglés. ¿Qué idioma prefiere? (opcional)				<input type="checkbox"/> English / Inglés <input type="checkbox"/> Spanish / Español

2. Choice of Anthem Blue Cross and Blue Shield Individual Coverage / Elección de cobertura individual de Anthem Blue Cross and Blue Shield

If you either do not qualify for the products listed below or if you are a "federally eligible individual," you may want to apply for a HIPAA Basic or Standard plan under section 7 of this application. / Si usted no cumple con los requisitos para los productos listados abajo o si usted es un "individuo elegible en el ámbito federal", le recomendamos que solicite un plan básico o estándar de la HIPAA bajo la sección 7 de esta solicitud.

You may select a different health plan for each family member by using the FamilyElect option. To do so, refer to the four-digit health plan codes in parentheses below and indicate your health care coverage choices in Section 3B on page 1 for each family member. Would you like all family members on one bill? / Puede elegir un plan médico diferente para cada integrante de su familia utilizando la opción FamilyElect. Para hacerlo, consulte los códigos de cuatro dígitos del plan médico que se encuentran entre paréntesis a continuación e indique sus elecciones para la cobertura de atención médica de cada integrante de su familia en la Sección 3B de la página 1. ¿Desea incluir a todos los integrantes de su familia en una sola factura? Yes / Sí No

If you want one health plan for all family members, please select a box below. / Si desea un plan médico para todos los integrantes de la familia, seleccione una casilla a continuación. Anthem Blue Cross and Blue Shield will enroll all eligible family members unless otherwise instructed. / Anthem Blue Cross and Blue Shield inscribirá a todos los integrantes de la familia elegibles a menos que se indique lo contrario.

I, the applicant, request that Anthem Blue Cross and Blue Shield not enroll any eligible applicants unless ALL family members qualify. / Yo, el solicitante, solicito que Anthem Blue Cross and Blue Shield no inscriba a ningún solicitante elegible a menos que TODOS los integrantes de la familia reúnan los requisitos.

If you are choosing dental coverage or term life insurance, please complete the appropriate sections that follow. / Si selecciona cobertura dental o seguro de vida a término, complete las secciones correspondientes a continuación.

HEALTH AND DENTAL COVERAGE / COBERTURA MÉDICA Y DENTAL

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anthem Blue 5000 (DZ37) <input type="checkbox"/> Anthem BlueSaver 2000 (DZ35) <input type="checkbox"/> Anthem Blue-High-deductible HSA compatible 2600 (DZ36) <input type="checkbox"/> BluePreferred 500/30 copago 80% (CR19) <input type="checkbox"/> BluePreferred 1000/35 copago 80% (CR20) <input type="checkbox"/> BluePreferred 2000/40 copago 70% (CR17) <input type="checkbox"/> BluePreferred 3000 sin copago 70% (CR18) <input type="checkbox"/> BluePreferred 5000 sin copago 70% (CR18) <input type="checkbox"/> BluePreferred 3000-35 copago 50% sin prescripción (CR16) <input type="checkbox"/> Plan de salud con deducible alto 1500 100% (CR21) <input type="checkbox"/> Plan de salud con deducible alto 2000 100% (CR22) <input type="checkbox"/> Plan de salud con deducible alto 3000 100% (CR23) <input type="checkbox"/> Plan de salud con deducible alto 4000 100% (CR24) <input type="checkbox"/> Plan de salud con deducible alto 5000 100% (CR25) <input type="checkbox"/> Plan de salud con deducible alto 1500 70% (CR26) <input type="checkbox"/> Plan de salud con deducible alto 2000 70% (CR27) <input type="checkbox"/> Plan médico con deducible alto 3000 70% (CR28) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 1500/3000/70% (EL13) <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 1500/3000/100% (EL10) <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 2500/5000/80% (EL19) <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 2500/5000/100% (EL16) <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 3000/6000/80% (EL25) <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 3000/6000/100% (EL22) <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 5000/10000/100% (EL28) <input type="checkbox"/> Lumenos HIA 1500/3000/70% (EL49) <input type="checkbox"/> Lumenos HIA 1500/3000/100% (EL46) <input type="checkbox"/> Lumenos HIA 2500/5000/80% (EL55) <input type="checkbox"/> Lumenos HIA 2500/5000/100% (EL52) <input type="checkbox"/> Lumenos HIA 3000/6000/80% (EL61) <input type="checkbox"/> Lumenos HIA 3000/6000/100% (EL58) <input type="checkbox"/> Lumenos HIA 5000/10000/100% (EL64) <input type="checkbox"/> Lumenos HIA Plus 2500/5000/80% (EL34) <input type="checkbox"/> Lumenos HIA Plus 2500/5000/100% (EL31) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lumenos HIA Plus 3000/6000/80% (EL40) <input type="checkbox"/> Lumenos HIA Plus 3000/6000/100% (EL37) <input type="checkbox"/> Lumenos HIA Plus 5000/10000/100% (EL43) <input type="checkbox"/> RightPlan PPO 40-Comprehensive RX (CR53) <input type="checkbox"/> SmartSense 500 Gen Rx (Z292) <input type="checkbox"/> SmartSense 1500 Gen Rx (Z294) <input type="checkbox"/> SmartSense 2500 Gen Rx (Z296) <input type="checkbox"/> SmartSense 5000 Gen Rx (Z298) <input type="checkbox"/> SmartSense 7500 Gen Rx (Z331) <input type="checkbox"/> SmartSense 500 CompRx (Z300) <input type="checkbox"/> SmartSense 1500 CompRx (Z302) <input type="checkbox"/> SmartSense 2500 CompRx (Z304) <input type="checkbox"/> SmartSense 5000 CompRx (Z306) <input type="checkbox"/> SmartSense 7500 CompRx (Z333) <input type="checkbox"/> Other / Otro _____ |
|---|---|---|

If you have chosen an HSA product, choose one of the following: / Si ha seleccionado un producto del plan HSA, elija una de las siguientes opciones:

- Yes, I would like to establish an HSA. Please forward my information to Anthem's banking partner. / Sí, deseo crear una cuenta HSA. Envíe mi información al banco asociado con Anthem.
- No, I DO NOT want to establish an HSA. Please DO NOT forward my information to Anthem's banking partner. / No, NO DESEO crear una cuenta HSA. NO ENVÍE mi información al banco asociado con Anthem.



5. The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (Continued)
Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés)
(continuación)

Applicant Social Security or ID Number Número de seguro social o de identificación del solicitante					

Date State Continuation or COBRA coverage ended (Month/Day/Year)

Fecha de finalización de la cobertura COBRA o de continuación estatal (mes/día/año)

Can you answer "Yes" to the statements above / ¿Puede responder "Sí" a las declaraciones anteriores? Yes / Sí No

Do you or anyone on this application qualify for HIPAA? Yes / Sí No

¿Usted o alguna de las personas incluidas en esta solicitud reúne los requisitos para la ley HIPAA?

Names of qualified applicant(s) / Nombres de los solicitantes que reúnen los requisitos

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

Have you been insured in the last 63 days? / ¿Ha estado asegurado en los últimos 63 días? Yes / Sí No

6. Health History / Antecedentes de salud

6A. Health History Questionnaire—ALL QUESTIONS MUST BE ANSWERED OR THE APPLICATION WILL BE RETURNED. / Cuestionario de antecedentes de salud. DEBE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS O NO SE ACEPTARÁ LA SOLICITUD.

Give COMPLETE details for any "Yes" answers below in Section 6B on the following page. / Proporcione información COMPLETA sobre las preguntas cuya respuesta sea "Sí" en la Sección 6B de la página siguiente.

<p>1. Has any applicant had a physical exam or any diagnostic test or screening test such as blood tests, X-rays, CAT scans, MRIs, mammograms, etc. within the past 60 days? / ¿Alguno de los solicitantes se ha realizado un examen físico o alguna prueba de diagnóstico o prueba de detección, como análisis de sangre, radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, mamografías, etc. en los últimos 60 días?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>10. Has any applicant been hospitalized within the past 10 years for any mental, emotional or behavioral disorder? / ¿Alguno de los solicitantes fue internado durante los últimos 10 años por alguna enfermedad mental, emocional o problemas de conducta?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>2. Has any applicant discussed or been advised to have testing, treatment, therapy or surgery that has not yet been completed? / ¿Alguno de los solicitantes ha tratado el tema o le han aconsejado que se realice una prueba, un tratamiento o cirugía que todavía no se haya hecho?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>11. Has any applicant been diagnosed with or treated or evaluated for symptoms related to alcoholism and/or use or abuse of alcohol within the past 10 years? / ¿Alguno de los solicitantes fue diagnosticado, tratado o evaluado por síntomas relacionados con alcoholismo, consumo o abuso de alcohol durante los últimos 10 años?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>3. Has any applicant been prescribed or taken any prescribed medication within the past 12 months except for birth control pills or short-term (10 days or less) antibiotics? / ¿Alguno de los solicitantes ha tomado algún medicamento recetado o se le ha recetado algún medicamento durante los últimos 12 meses, excepto píldoras anticonceptivas o antibióticos a corto plazo (10 días o menos)?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>12. Has any applicant used illegal drugs, IV drugs or been treated for drug abuse within the past 10 years? / ¿Alguno de los solicitantes ha usado drogas ilegales, drogas por vía intravenosa o ha sido tratado por abuso de drogas dentro de los últimos 10 años?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>4. Has it been more than 40 days since any female applicant's last menstrual period? / ¿Han pasado más de 40 días desde la última menstruación de alguna de las solicitantes femeninas?</p> <p>Name(s): <input type="checkbox"/> Applicant/spouse Nombre(s) _____ Solicitante/cónyuge</p> <p><input type="checkbox"/> Dependent / Dependiente</p> <p>If yes, explain / En caso afirmativo, especifique _____</p>	<p>13. Has any applicant been diagnosed with or treated or evaluated for or experienced any of the following within the past six months? / ¿Alguno de los solicitantes fue diagnosticado, tratado, evaluado o ha experimentado alguno de los siguientes problemas durante los últimos seis meses?</p> <p>A. Allergy injections / Inyecciones para alergia <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>B. Increased and/or irregular heartbeat / Latidos irregulares o incrementados <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>C. Heartburn (recurrent) and/or reflux / Acidez estomacal (recurrente) o reflujo <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>D. Paralysis / Parálisis <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>E. Abnormal bleeding / Sangrado anormal <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>F. Recurrent diarrhea and/or excessive vomiting / Diarrea recurrente o vómitos excesivos <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>G. Unexplained weight loss / Pérdida de peso sin motivos <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>H. Loss of consciousness and/or fainting / Pérdida del conocimiento o desmayos <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>I. Blood and/or sugar in urine / Sangre o azúcar en la orina <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>J. Persistent and/or intense pain / Dolor persistente o intenso <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>5. Has any applicant been diagnosed, treated, evaluated for or experienced any male/female genital/gynecological or reproductive problem(s), including infertility, prostatitis, endometriosis or abnormal Pap smear/test within the past five years? / ¿Alguno de los solicitantes ha sido diagnosticado, tratado o evaluado por algún problema reproductivo, genital ginecológico entre ellos infertilidad, prostatitis, endometriosis o Papanicolaou anormal durante los últimos cinco años?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>14. Does any applicant have any implants or prostheses? / ¿Alguno de los solicitantes tiene implantes o prótesis?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>6. Has any applicant been evaluated or treated for or experienced breast cysts or lumps within the past two years? / ¿Alguna de las solicitantes ha sido evaluada o tratada o ha experimentado quistes en las mamas o ha tenido protuberancias en los últimos dos años?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>15. Has any applicant been diagnosed with or incurred charges, received treatment, had treatment recommended, consulted a health care professional, or taken prescription drugs for any of the following within the past 10 years: / ¿Alguno de los solicitantes ha incurrido en gastos, o se le ha recomendado o ha recibido un tratamiento, ha consultado a un profesional de la salud, ha tomado medicamentos recetados por alguno de los siguientes problemas durante los últimos 10 años?</p> <p>A. AIDS/ARC; evaluated for or recommended ANTIVIRAL treatment / SIDA/CRS; tratamiento ANTIVIRAL evaluado o recomendado <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>7. Is any applicant an expectant parent, and/or has initiated or is considering the process of adoption or surrogate pregnancy? / ¿Es alguno de los solicitantes un futuro padre, ha iniciado o está considerando el proceso de adopción o embarazo por maternidad sustituta?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>8. Has any applicant had or been treated for herpes, HPV or any other sexually transmitted disease (STD) within the past five years? / ¿Alguno de los solicitantes tiene o fue tratado por herpes, VPH o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual (ETS) en los últimos cinco años?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>9. Has any applicant been treated for any mental, emotional or behavioral disorder, including anorexia, attention deficit disorder or depression, within the past 10 years? / ¿Alguno de los solicitantes fue tratado por alguna enfermedad mental, emocional o un problema de conducta, entre ellos anorexia, trastorno de deficiencia de atención o depresión, durante los últimos 10 años?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No</p>	



6. Health History (Continued) / Antecedentes de salud (continuación)

Applicant Social Security or ID Number Número de seguro social o de identificación del solicitante									

<p>B. Heart/circulatory/bleeding disorders, including chest pain, hypertension, high cholesterol / <i>Trastornos cardíacos/circulatorios/hemorragias, entre ellos dolor de pecho, hipertensión, colesterol alto</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p> <p>C. Diabetes or other endocrine (glandular) disorders / <i>Diabetes u otros trastornos endocrinos (glandulares)</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p> <p>D. Kidney/gall bladder/stomach/ intestinal disorders, including colitis, diverticulitis, GERD or ulcers / <i>Trastornos del riñón/ vesícula/estómago/intestino, entre ellos colitis, diverticulitis, dieta para el reflujo gastroesofágico o úlceras</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p> <p>E. Hepatitis and/or liver disorders / <i>Hepatitis o trastornos hepáticos</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p> <p>F. Hernia/hemorrhoid/rectal disorders / <i>Trastornos rectales/ hernias/hemorroides</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p> <p>G. Muscle/bone/tendon/joint/back/injuries or disorders / <i>Lesiones o trastornos musculares/óseos/articulares/ en tendones/en espalda</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p> <p>H. Multiple sclerosis, migraine headaches, convulsions, Parkinson's disease or other brain/nervous disorders / <i>Escoliosis múltiple, migraña, convulsiones, enfermedad de Parkinson u otros trastornos mentales/nerviosos</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p> <p>I. Congenital heart or other birth defects/ congenital disorders / <i>Cardiopatías congénitas u otros trastornos congénitos</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p> <p>J. Emphysema, asthma, bronchitis or other respiratory disorders / <i>Enfisema, asma, bronquitis u otros trastornos respiratorios</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p>	<p>18. Has any applicant been hospitalized or treated in the emergency room within the past 12 months (except for pregnancy)? / <i>¿Alguno de los solicitantes ha sido internado o tratado en la sala de emergencias durante los últimos 12 meses (salvo en caso de embarazo)?</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p> <p>19. In the past 12 months, has/is any applicant considered/ considering any hospitalization or medical or surgical treatment? / <i>Durante los últimos 12 meses, ¿alguno de los solicitantes consideró o está considerando someterse a algún tipo de internación o a algún tratamiento médico o quirúrgico?</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p> <p>20. Has any applicant smoked cigarettes, cigars or pipes or used chewing tobacco within the past 12 months? / <i>¿Alguno de los solicitantes fumó cigarrillos, cigarros o pipa, o ha mascado tabaco durante los últimos 12 meses?</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p> <p>Family member's name(s) / <i>Nombres del integrante de la familia:</i> _____</p> <hr/> <hr/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>I have provided a complete history of material information that will be considered in the acceptance or denial of this application. I have personally reviewed and answered all health questions correctly. I understand that if I provided incomplete or false material information, Anthem Blue Cross and Blue Shield may cancel my membership as if it never existed, and I will be personally responsible for all medical and pharmacy claims. / <i>He proporcionado la información completa sobre antecedentes que será considerada para que esta solicitud sea aceptada o rechazada. He revisado y contestado, personal y correctamente, todas las respuestas médicas. Comprendo que si proporcioné información incompleta o falsa, Anthem Blue Cross and Blue Shield puede cancelar mi membresía como si nunca hubiese existido, y seré responsable por todas las reclamaciones médicas y de farmacia.</i></p> <p>Initial / <i>Inicial</i> _____</p> </div>
<p>16. Has any applicant had or been treated for cancer or a malignant tumor within the past 10 years? / <i>¿Alguno de los solicitantes tuvo cáncer o un tumor maligno o fue tratado por ello durante los últimos 10 años?</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>17. In the past 10 years has any applicant been diagnosed with or incurred charges, received treatment, had treatment recommended, consulted a health care professional or taken prescription drugs for any condition(s) not listed elsewhere on this application? / <i>En los últimos 10 años, ¿alguno de los solicitantes ha incurrido en gastos, o se le ha recomendado o ha recibido un tratamiento, ha consultado a un profesional de la salud, ha tomado medicamentos recetados o se le ha diagnosticado algo no mencionado en esta solicitud?</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No</p>	

6B. Other Health Questions / Otras preguntas médicas

Professional Services / Servicios profesionales

Give COMPLETE details in all sections below for any "Yes" answers to the questions in Section 6A. / *Proporcione información COMPLETA en las siguientes secciones sobre las preguntas cuya respuesta sea "Sí" en la Sección 6A.*

Question # <i>N.º de pregunta</i>	Name of Family Member (as identified on physician record) <i>Nombre del integrante de la familia (como está identificado en los registros del médico)</i>	Name of Hospital, Clinic and/or Person Providing Care <i>Nombre del hospital, la clínica o la persona que proporciona la atención</i>	Phone number <i>Número de teléfono</i>
Date Treatment Started (month/year) <i>Fecha de inicio del tratamiento (mes/año)</i>	Date Ended <i>Fecha de finalización</i>	<input type="checkbox"/> Still Under Treatment <i>Sigue en tratamiento</i>	
Name of Condition/Illness <i>Nombre de la afección/enfermedad</i>			
Results of Treatment Rendered (i.e., X-ray, lab, surgical procedure, prescribed medications, etc.) <i>Resultado de los tratamientos recibidos (es decir, radiografías, exámenes de laboratorio, procedimiento quirúrgico, medicamentos recetados, etc.)</i>			

6B. Other Health Questions (Continued) / Otras preguntas médicas (continuación)

Applicant Social Security or ID Number Número de seguro social o de identificación del solicitante							

Question # N.º de pregunta	Name of Family Member (as identified on physician record) Nombre del integrante de la familia (como está identificado en los registros del médico)	Name of Hospital, Clinic and/or Person Providing Care Nombre del hospital, la clínica o la persona que proporciona la atención	Phone number Número de teléfono
Date Treatment Started (month/year) Fecha de inicio del tratamiento (mes/año)	Date Ended Fecha de finalización	<input type="checkbox"/> Still Under Treatment Sigue en tratamiento	
Name of Condition/Illness Nombre de la afección/enfermedad			
Results of Treatment Rendered (i.e., X-ray, lab, surgical procedure, prescribed medications, etc.) Resultado de los tratamientos recibidos (es decir, radiografías, exámenes de laboratorio, procedimiento quirúrgico, medicamentos recetados, etc.)			

Question # N.º de pregunta	Name of Family Member (as identified on physician record) Nombre del integrante de la familia (como está identificado en los registros del médico)	Name of Hospital, Clinic and/or Person Providing Care Nombre del hospital, la clínica o la persona que proporciona la atención	Phone number Número de teléfono
Date Treatment Started (month/year) Fecha de inicio del tratamiento (mes/año)	Date Ended Fecha de finalización	<input type="checkbox"/> Still Under Treatment Sigue en tratamiento	
Name of Condition/Illness Nombre de la afección/enfermedad			
Results of Treatment Rendered (i.e., X-ray, lab, surgical procedure, prescribed medications, etc.) Resultado de los tratamientos recibidos (es decir, radiografías, exámenes de laboratorio, procedimiento quirúrgico, medicamentos recetados, etc.)			

Question # N.º de pregunta	Name of Family Member (as identified on physician record) Nombre del integrante de la familia (como está identificado en los registros del médico)	Name of Hospital, Clinic and/or Person Providing Care Nombre del hospital, la clínica o la persona que proporciona la atención	Phone number Número de teléfono
Date Treatment Started (month/year) Fecha de inicio del tratamiento (mes/año)	Date Ended Fecha de finalización	<input type="checkbox"/> Still Under Treatment Sigue en tratamiento	
Name of Condition/Illness Nombre de la afección/enfermedad			
Results of Treatment Rendered (i.e., X-ray, lab, surgical procedure, prescribed medications, etc.) Resultado de los tratamientos recibidos (es decir, radiografías, exámenes de laboratorio, procedimiento quirúrgico, medicamentos recetados, etc.)			

To provide further information, please use additional sheets if necessary. List the page number, section name and question number you are explaining. Also, please identify the applicable family member. All additional sheets must be signed by the applicant. / Para proporcionar más información, utilice hojas adicionales si es necesario. Indique el número de página, el nombre de la sección y el número de pregunta que está explicando. También identifique el integrante correspondiente de la familia. El solicitante debe firmar todas las hojas adicionales.

	Number of sheets attached / Cantidad de hojas adjuntas
--	--



6C. Prescription Medications / Medicamentos recetados

List all medications taken within the last 12 months by any family member listed on this application. / *Indique todos los medicamentos utilizados durante los últimos 12 meses por cualquier integrante de la familia incluido en esta solicitud.*

Applicant Social Security or ID Number Número de seguro social o de identificación del solicitante									

Family Member <i>Integrante de la familia</i>	Medication/Dosage/Frequency (i.e., Lopressor/100mg/daily) <i>Medicamento/Dosis/Frecuencia</i> (es decir, Lopressor/100 mg/diariamente)	Illness for which Medication is Prescribed <i>Enfermedad para la que se</i> <i>recetó el medicamento</i>	Date Prescribed (mm/dd/yy) <i>Fecha de la receta</i> (mm/dd/aa)	Date Discontinued (mm/dd/yy) <i>Fecha de</i> <i>suspensión</i> (mm/dd/aa)	Name, Phone Number of Physician or Hospital <i>Nombre, número de teléfono</i> <i>del médico u hospital</i>
					Name / Nombre: _____ Phone / Teléfono: _____
					Name / Nombre: _____ Phone / Teléfono: _____
					Name / Nombre: _____ Phone / Teléfono: _____
					Name / Nombre: _____ Phone / Teléfono: _____
					Name / Nombre: _____ Phone / Teléfono: _____
					Name / Nombre: _____ Phone / Teléfono: _____
					Name / Nombre: _____ Phone / Teléfono: _____

TO BE COMPLETED BY YOUR ANTHEM BLUE CROSS AND BLUE SHIELD-APPOINTED AGENT / PARA QUE COMPLETE EL AGENTE DESIGNADO DE ANTHEM BLUE CROSS AND BLUE SHIELD

- Are you aware of any information not disclosed on this application relating to the health of any person listed on this application that might have a bearing on the risk? / *¿Conoce alguna información que no esté revelada en esta solicitud relacionada con la salud de alguna de las personas incluidas en esta solicitud que podría significar un riesgo?*..... Yes / *Sí* No
If yes, please attach explanation. / *En caso afirmativo, adjunte la explicación.*
- Did you see the proposed subscriber (and spouse, if applying) at the time this application was executed? / *¿Vio usted al miembro propuesto (y cónyuge, si también solicita) en el momento en que se realizó esta solicitud?*..... Yes / *Sí* No
If no, please explain / *Si la respuesta es "no", explique:* _____

To the extent not already identified in Section 3 of this application, I have listed in an attachment to this application any other accident or sickness policies I have sold to the applicants in the past five years. With respect to those policies listed on the attachment, I will also identify those that are currently in force. / *En la medida aún no identificada de la Sección 3 de esta solicitud, adjunté a esta solicitud una lista de las otras pólizas por accidentes o enfermedad que he vendido a los solicitantes en los últimos cinco años. Con respecto a esas pólizas incluidas de manera adjunta, también identificaré aquellas que todavía se encuentran en vigencia.*

Signature of Agent (required) / <i>Firma del agente (obligatoria)</i>	Date (required) / <i>Fecha (obligatoria)</i>
X	

3. Breakdown of Funds Collected: *Detalle completo de fondos recolectados:*

Total Medical Funds / <i>Fondos médicos totales</i>	_____ \$
Total Dental Funds / <i>Fondos dentales totales</i>	_____ \$
Total Funds Collected / <i>Fondos recolectados totales</i>	_____ \$

- Was the term life insurance option selected? (If yes, first term life insurance payment will be billed.) / *¿Se seleccionó la opción de seguro de vida a término? (Si la respuesta es afirmativa, primero se facturará el pago del seguro de vida a término.)*..... Yes / *Sí* No

Name of Agent (print name) / <i>Nombre del agente (nombre en letra de imprenta)</i>		Agent Street Address <i>Dirección del agente</i>	Suite Number/Personal Mail Box (PMB) Number <i>Número de suite/Número de casilla de correo personal</i>
Agent ID Number <i>Número de identificación del agente</i>	Sub-agent ID Number <i>Número de identificación del subagente</i>	City/State/ZIP Code <i>Ciudad/Estado/Código postal</i>	Location Number <i>Número de ubicación</i>
Phone Number / <i>Número de teléfono</i> ()	Fax Number / <i>Número de fax</i> ()	E-mail Address / <i>Dirección de correo electrónico</i>	

Mailing Address: Agent: Please mail this application to the following address: Anthem Blue Cross and Blue Shield · P.O. Box 9041 · Oxnard, CA 93031-9041
Dirección postal: Agente: envíe esta solicitud a la siguiente dirección: Anthem Blue Cross and Blue Shield · P.O. Box 9041 · Oxnard, CA 93031-9041

Effective Date / Fecha de entrada en vigor

**REQUESTING AN EFFECTIVE DATE DOES NOT GUARANTEE UNDERWRITING WILL BE COMPLETED BEFORE THE DATE REQUESTED.
LA SOLICITUD DE UNA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR NO GARANTIZA QUE LA EVALUACIÓN SE COMPLETE ANTES DE LA FECHA SOLICITADA.**

- If Anthem Blue Cross and Blue Shield approves my application, please assign an effective date of / *Si Anthem Blue Cross and Blue Shield aprueba mi solicitud, asigne la fecha de entrada en vigor para el* _____.
- The effective date must be after the signature date but not greater than 75 days from the signature date on this application. / *La fecha de entrada en vigor debe ser posterior a la fecha de la firma pero no más de 75 días a partir de la fecha de la firma de esta solicitud.*
- If Anthem Blue Cross and Blue Shield approves my application, please assign an effective date of the first day after Anthem Blue Cross and Blue Shield approval. / *Si Anthem Blue Cross and Blue Shield aprueba mi solicitud, asigne la fecha de entrada en vigor como el primer día después de la aprobación de Anthem Blue Cross and Blue Shield.*
- Please note: If you are changing existing Anthem coverage, your effective date will always be the first of the month following approval. / *Tenga en cuenta lo siguiente: Si está cambiando una cobertura existente de Anthem, su fecha de entrada en vigor siempre será el primer día del mes siguiente a la aprobación.*



7. Application Understandings, Conditions and Agreement *Acuerdo, condiciones e interpretaciones de la solicitud*

Applicant Social Security or ID Number Número de seguro social o de identificación del solicitante							

IMPORTANT: It is important that you carefully read and fully understand the following.
IMPORTANTE: Es muy importante que lea detenidamente y que comprenda plenamente lo siguiente.

All applicants age 18 and over must personally read, agree to and sign the following.
Todos los solicitantes mayores de 18 años deben leer, aceptar y firmar personalmente lo siguiente.

I, the undersigned, understand that under the Anthem Blue Cross and Blue Shield plan for which I am applying, I will be entitled to lesser benefits if I use an out-of-network hospital or physician than if I use an in-network hospital or physician. / Yo, el que suscribe, comprendo que en virtud del plan de Anthem Blue Cross and Blue Shield, el cual estoy solicitando, tendré derecho a menos beneficios si utilizo servicios de hospitales o médicos fuera de la red que si utilizo hospitales o médicos dentro de la red.

CURRENT HEALTH COVERAGE: If you currently have health coverage, we strongly recommend that you maintain your current coverage and request an effective date of 75 days from the date of application. This will help ensure that your application is processed before you surrender your present insurance. / **COBERTURA MÉDICA ACTUAL:** Si actualmente cuenta con cobertura médica, le recomendamos que la conserve y solicite una fecha de entrada en vigor de 75 días a partir de la fecha de la solicitud. Esto lo ayudará a garantizar que su solicitud sea procesada antes de dar de baja a su seguro actual.

Agreement / Acuerdo

By applying for coverage, I, the undersigned, agree to the following / Al solicitar una cobertura, yo, el que suscribe, acepto lo siguiente:

1. Anthem Blue Cross and Blue Shield may decline my application. No coverage comes into effect until Anthem approves this application and informs me in writing. The effective date of my coverage, if this application is accepted, will be assigned by Anthem at its discretion. / Anthem Blue Cross and Blue Shield puede rechazar mi solicitud. Ninguna cobertura entra en vigor hasta que Anthem apruebe esta solicitud y me lo informe por escrito. Anthem asignará a su criterio la fecha de entrada en vigor de mi cobertura, si esta solicitud es aceptada.
2. Even if I pay money with this application, that money is only a deposit against future premiums if this application is accepted. Cashing my check does not mean my application is approved. If this application is declined, neither Anthem nor any affiliated company shall have any liability to me or anyone else listed on it, except for the obligation to return the money submitted with this application. If this application is not accepted, I will not be entitled to benefits or coverage from Anthem. / Incluso si pago un monto con esta solicitud, ese dinero es solamente un depósito en previsión de primas futuras si esta solicitud es aceptada. El hecho de que cobre el cheque no significa que mi solicitud esté aprobada. Si esta solicitud es rechazada, ni Anthem ni ninguna empresa afiliada será responsable por mí ni por ninguna persona incluida en ella, excepto por la obligación de devolver el dinero que se entregó con esta solicitud. Si esta solicitud es rechazada, no tendré derechos a los beneficios ni la cobertura de Anthem.
3. The selling agent has no authority to promise me coverage or to modify Anthem Blue Cross and Blue Shield underwriting policy or the terms of any Anthem coverage. / El agente de ventas no tiene autoridad para prometerme una cobertura ni para modificar la póliza asegurada de Anthem Blue Cross and Blue Shield ni los términos de ninguna cobertura de Anthem.
4. If the applicant is a minor, I accept full legal and financial responsibility for the coverage and information provided on this application. Court documents establishing guardianship must be submitted if the responsible adult is not the parent. / Si el solicitante es menor de edad, acepto la total responsabilidad legal y financiera por la cobertura e información proporcionada en esta solicitud. Si el responsable adulto no es uno de los padres, se deben presentar los documentos judiciales que establecen la custodia.
5. In no event shall Anthem Blue Cross and Blue Shield or any affiliated company have any liability to the applicant if the application is not approved, except for the obligation to return the money submitted with this application if this application is not approved, and neither shall any coverage exist nor shall the applicant be entitled to any benefits unless and until this application is approved by Anthem. / En ningún caso Anthem Blue Cross and Blue Shield, ni ninguna empresa afiliada, es responsable por el solicitante si la solicitud no es aprobada, excepto por la obligación de devolver el dinero que se entregó con esta solicitud si esta es rechazada. Tampoco debe existir ninguna cobertura ni el solicitante tiene derecho a beneficios, a menos y hasta que la solicitud sea aprobada por Anthem.

6. I understand Anthem Blue Cross and Blue Shield may use any information prior to the effective date of coverage in considering my application, including medical conditions that occur after my signature and before the original effective date. / Comprendo que Anthem Blue Cross and Blue Shield puede utilizar cualquier información previa a la fecha de entrada en vigor de la cobertura para evaluar mi solicitud, incluidas las enfermedades que puedan presentarse después de mi firma y antes de la fecha original de entrada en vigor.

I agree to update Anthem in writing with any additional medical history which relates to any of the preceding questions and of which I became aware after the date of this application, but before the effective date of coverage. / Acepto informar a Anthem por escrito de cualquier antecedente médico relacionado con cualquiera de las preguntas anteriores, del cual tenga conocimiento después de la fecha de esta solicitud, pero antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Rescission of Membership / Rescisión de membresía

I have provided a complete history of material information that will be considered in the acceptance or denial of this application. I understand that if I provided incomplete or false material information, Anthem Blue Cross and Blue Shield may revoke my coverage. This means Anthem may cancel membership as if it never existed. Also, after approval for membership, if incomplete or false material information is discovered by Anthem that was not provided to Anthem prior to the effective date of the policy, the plan may revoke coverage. / He proporcionado la información completa sobre antecedentes que será considerada para que esta solicitud sea aceptada o rechazada. Comprendo que si proporcioné información incompleta o falsa, Anthem Blue Cross and Blue Shield puede revocar mi cobertura. Esto significa que Anthem puede cancelar mi membresía como si nunca hubiese existido. Además, después de la aprobación para la membresía, si Anthem descubre información incompleta o falsa que no fue proporcionada antes de la fecha de entrada en vigor de la póliza, el plan puede revocar la cobertura.

I understand that if my coverage is revoked, I will be sent written notice that will explain the basis for the decision and my appeal rights. I have the option to submit a new application in the future to be underwritten and considered for enrollment. I also understand that I may be required to pay for any claims that were paid while a member and that Anthem will refund all amounts paid by me except amounts owed to Anthem. / Comprendo que si mi cobertura es revocada, recibiré una notificación por escrito donde se explicarán los motivos de la decisión y mis derechos de apelación. Tengo la opción de presentar una nueva solicitud en el futuro para ser asegurado y considerado para la inscripción. También comprendo que se me puede solicitar que pague las reclamaciones abonadas mientras era miembro y que Anthem me reembolsará todos los montos, excepto los montos adeudados a Anthem.

I have personally read and completed this application. If I am accepted, this application will become part of the contract between Anthem Blue Cross and Blue Shield and me. I agree to abide by the terms of that contract. / **He leído y completado esta solicitud personalmente.** Si aceptan mi solicitud, esta formará parte del contrato entre Anthem Blue Cross and Blue Shield y yo. Acepto cumplir con los términos de ese contrato.

Requirement for Binding Arbitration: / Requisito para un arbitraje vinculante:

I UNDERSTAND AND AGREE THAT ANY AND ALL DISPUTES BETWEEN ANTHEM AND ME MUST BE RESOLVED BY BINDING ARBITRATION, IF THE AMOUNT IN DISPUTE EXCEEDS THE JURISDICTIONAL LIMIT OF THE SMALL CLAIMS COURT. UNDER THIS BINDING ARBITRATION REQUIREMENT, ANTHEM AND I ARE GIVING UP THE CONSTITUTIONAL RIGHT TO HAVE THE DISPUTE DECIDED IN A COURT OF LAW BY A JURY. / ENTIENDO Y ACEPTO QUE TODAS LAS DISPUTAS ENTRE ANTHEM Y YO DEBEN SER RESUELTAS POR ARBITRAJE VINCULANTE SI EL MONTO EN DISPUTA SUPERA EL LÍMITE DE JURISDICCIÓN DEL TRIBUNAL DE DEMANDAS LIMITADAS. DE ACUERDO CON ESTE REQUISITO DE ARBITRAJE VINCULANTE, ANTHEM Y YO RENUNCIAMOS AL DERECHO CONSTITUCIONAL DE HACER QUE LA DISPUTA SEA DECIDIDA POR UN JURADO EN UN TRIBUNAL.

BEFORE COMMENCING ARBITRATION, THE PARTY SEEKING ARBITRATION MUST HAVE EXHAUSTED ALL LEVELS OF APPEAL AND REVIEW SET FORTH IN THE CERTIFICATE. ANY SUCH ARBITRATION WILL BE GOVERNED BY THE PROCEDURES



7. Application Understandings, Conditions and Agreement (Continued)
Acuerdo, condiciones e interpretaciones de la solicitud (continuación)

Applicant Social Security or ID Number Número de seguro social o de identificación del solicitante									

AND RULES ESTABLISHED BY THE AMERICAN ARBITRATION ASSOCIATION. THE LAW OF THE STATE IN WHICH THE POLICY WAS ISSUED AND DELIVERED TO THE POLICYHOLDER SHALL GOVERN THE DISPUTE. THE DECISION IN ARBITRATION IS BINDING UPON BOTH ANTHEM AND ME. THE AWARD GIVEN IN ARBITRATION MAY BE ENFORCED OR REVIEWED IN ANY COURT THAT HAS PROPER JURISDICTION. IN THE EVENT ANY PERSON SUBJECT TO THIS ARBITRATION CLAUSE INITIATES LEGAL ACTION OF ANY KIND, THE OTHER PARTY MAY APPLY FOR A COURT OF COMPETENT JURISDICTION TO ENJOIN, STAY OR DISMISS ANY SUCH ACTION AND DIRECT THE PARTIES TO ARBITRATE IN ACCORDANCE WITH THIS PROVISION. THE QUESTION OF WHAT DISPUTES ARE SUBJECT TO THIS ARBITRATION CLAUSE SHALL BE DETERMINED BY THE ARBITRATOR. / ANTES DE EMPEZAR EL ARBITRAJE, LA PARTE QUE BUSCA EL ARBITRAJE DEBE HABER RECURRIDO A TODOS LOS NIVELES DE APELACIÓN Y REVISIÓN INDICADOS EN EL CERTIFICADO. TAL ARBITRAJE SERÁ REGIDO POR LOS PROCEDIMIENTOS Y LAS REGLAS ESTABLECIDAS POR LA ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE ARBITRAJE. LA LEY DEL ESTADO EN EL QUE SE EXPIDIÓ LA PÓLIZA Y SE LA ENTREGÓ AL TITULAR REGISTRARÁ LA DISPUTA. LA DECISIÓN DEL ARBITRAJE TENDRÁ CARÁCTER VINCULANTE PARA ANTHEM Y PARA MÍ. EL LAUDO ARBITRAL PODRÁ SER EJECUTADO O REVISADO EN CUALQUIER CORTE DE JURISDICCIÓN VÁLIDA. EN CASO DE QUE CUALQUIER PERSONA SUJETA A ESTA CLÁUSULA DE ARBITRAJE INICIARA PROCEDIMIENTOS LEGALES DE CUALQUIER TIPO, LA OTRA PARTE PODRÁ SOLICITAR QUE UN TRIBUNAL DE JURISDICCIÓN COMPETENTE ORDENE, ANULE O DECLARE NO HA LUGAR DICHOS PROCEDIMIENTOS Y DIRIJA LAS PARTES A UN ARBITRAJE DE ACUERDO CON ESTA DISPOSICIÓN. EL ÁRBITRO DETERMINARÁ QUÉ DISPUTAS ESTÁN SUJETAS A ESTA CLÁUSULA DE ARBITRAJE.

IMPORTANT NOTICE REGARDING THE REPLACEMENT OF YOUR POLICY OF LIFE INSURANCE / AVISO IMPORTANTE SOBRE EL CAMBIO DE SU PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA
 You may have been offered a policy to replace all or part of your existing policy of life insurance. / Tal vez se le haya ofrecido una póliza para reemplazar la totalidad o parte de su póliza de seguro existente.

Before you replace your existing policy you should consider whether you could suffer a Financial Loss under the new policy because of your Age or the condition of your Health. You should also consider whether you will pay more for premiums because of your age or health. / Antes de cambiar su póliza existente debe considerar si sufrirá pérdidas financieras bajo la nueva póliza debido a su edad o estado de salud. También debe considerar si pagará más por primas debido a su edad o salud.

You Will incur additional costs to acquire the new policy, including the payment of commissions to the agent advocating the replacement of your existing policy. / Incurrirá en costos adicionales para adquirir la nueva póliza, incluso el pago de comisiones al agente que plantea el cambio de su póliza actual.

To make an informed decision about the replacement of your policy, you should discuss the provisions of your existing policy with your agent or the company which issued it to determine whether your policy can be changed to meet your present needs. / Para tomar una decisión informada sobre el cambio de su póliza, consulte a su agente o a la compañía que la emitió, acerca de las disposiciones de su póliza existente para determinar si puede ser cambiada para satisfacer sus necesidades actuales.

Your new policy provides 10 days for you to decide whether you wish to keep it. / Su nueva póliza le da 10 días para que decida si desea conservarla.

The agent who is offering to replace your existing policy is required to obtain your signature on this notice. Also, he will be notifying your existing insurance company that you are considering the replacement of your policy. / El agente que le ofrece cambiar su póliza existente debe obtener su firma en este aviso. Además, avisará a su compañía de seguro actual que usted está considerando cambiar su póliza.

I have read this notice and received a copy of it for my records. / He leído este aviso y recibido una copia para mis registros.

NOTICE: BY SIGNING THIS CONTRACT YOU ARE VOLUNTARILY AGREEING TO HAVE ANY DISPUTE DECIDED BY NEUTRAL ARBITRATION AND YOU ARE GIVING UP YOUR RIGHT TO A JURY OR COURT TRIAL / TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED ACUERDA VOLUNTARIAMENTE QUE TODA DISPUTA SE RESUELVA MEDIANTE UN ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A JUICIO ANTE UN JURADO Y ANTE UN JUEZ.

Signature (Required) – IMPORTANT: All applicants over age 18 must sign and date. A parent or legal guardian must sign and date if applicant is under 18. / **Firma (obligatoria). IMPORTANTE:** Todos los solicitantes mayores de 18 años deben firmar y fechar. Si el solicitante es menor de 18 años, deberá firmar y fechar uno de los padres o el tutor legal.

Applicant/Parent or Legal Guardian Solicitante/Padre o tutor legal	Today's Date Fecha del día de hoy	Applicant's Spouse Cónyuge del solicitante	Today's Date Fecha del día de hoy
Applicant's Dependent, Age 18 or Older Dependiente del solicitante, mayor de 18 años	Today's Date Fecha del día de hoy	Applicant's Dependent, Age 18 or Older Dependiente del solicitante, mayor de 18 años	Today's Date Fecha del día de hoy

8. Payment Method (Premium payment required. Please choose from A or B.) / Forma de pago (Se requiere pago de la prima. Elija A o B.)

A. Please choose from the following options for future payments. If you choose one of these options, you are not required to send in a check for initial payment / Elija entre las siguientes opciones para realizar sus pagos futuros. Si elige una de estas opciones, no necesita enviar un cheque para el pago inicial.

Monthly Checking Account Automatic Premium Payment (complete Section 8C)
Pago de prima automático mensual con cuenta corriente (complete la Sección 8C)

Monthly Credit/Debit Card (complete Section 8D)
Pago mensual con tarjeta de débito o crédito (complete la Sección 8D)

B. Please choose from the options below for your initial premium payment. If you choose one of these options, you will receive a bill every month thereafter. / Elija alguna de las siguientes opciones para realizar el pago de prima inicial. Si elige una de estas opciones, recibirá una factura todos los meses a partir de entonces.

Paper Check*
Cheque impreso*

Electronic Check (complete Section 8E)
Cheque electrónico (complete Sección 8E)

Credit/Debit Card (complete Section 8D)
Tarjeta de crédito/débito (complete Sección 8D)



8. Payment Method (Premium payment required. Please choose from A or B.) (Continued)
Forma de pago (Se requiere pago de la prima. Elija A o B.) (continuación)

Applicant Social Security or ID Number Número de seguro social o de identificación del solicitante	

8C. Monthly Checking Account Automatic Premium Payment / Pago de prima automático mensual con cuenta corriente
 By providing your check information to the right, you authorize us to electronically debit your bank account. If you have not sent in an initial premium payment from choice B, your bank account will be debited one month's premium the day after approval. This will include all products selected, including dental and/or life. Subsequent premium amounts will be debited on the day you request below. / Al proporcionar su información de cheques, como se muestra a la derecha, nos autoriza a realizar débitos electrónicos de su cuenta bancaria. Si usted no ha enviado un pago por la prima inicial de la opción B, el día después de la aprobación se debitará de su cuenta la prima correspondiente a un mes. Esto incluirá todos los productos seleccionados, entre ellos seguros dentales o de vida. Los montos de las primas siguientes se debitarán el día que usted solicite a continuación.

J. L. Webb 123 Main Street Anytown, USA 12345	1175
PAGAR A L ORDEN DE	FECHA
	DÓLARES
NOTA	
⑆123456789⑆ ⑆1234567890123⑆ 1175	

Requested debit day / Día solicitado para el débito: 1st to 28th of each month) If no date is requested, your premiums will be debited on the first of each month. / (desde el 1 al 28 de cada mes) Si no se solicita ningún día, sus primas se debitarán el primer día de cada mes.

Provide your routing and account numbers here.
Indique aquí sus números de ruta y cuenta.



9-Digit Bank Routing Number
Número digital de ruta del banco

Bank Account Number
Número de cuenta bancaria

As a convenience to me, I request and authorize you to pay and charge to my account checks drawn on that account by and payable to the order of Anthem Blue Cross and Blue Shield, provided there are sufficient collected funds in said account to pay the same upon presentation. I understand that the initial payment amount may vary as a result of change(s) during underwriting, and/or subsequent payment amounts may vary as a result of change(s) I make once enrolled, such as, but not limited to, adding and deleting dependents or moving my residence. I agree that your rights in respect to each such debit shall be the same as if it were a check signed personally by me. I authorize Anthem Blue Cross and Blue Shield to initiate debits (and/or corrections to previous debits) from my account with the financial institution indicated for payment of my Anthem Blue Cross and Blue Shield premiums. This authority is to remain in effect until revoked by me by providing you a 30-day written notice. I agree that you shall be fully protected in honoring any such debit. I further agree that if any such debit be dishonored, whether with or without cause and whether intentionally or inadvertently, you shall be under no liability whatsoever even though such dishonor results in forfeiture of insurance. **NOTE:** Should your withdrawal not be honored by your bank, you will automatically be removed from monthly checking account automatic premium payment and will be billed monthly. / Para mi comodidad, solicito y autorizo que pague y cargue a mi cuenta los cheques librados por Anthem Blue Cross and Blue Shield y a su orden, siempre que existan fondos suficientes en esa cuenta para pagar lo mismo contra presentación. Comprendo que el monto inicial que se pagará puede variar como consecuencia de las modificaciones ocurridas durante la emisión del seguro, o los siguientes montos que se pagarán pueden variar como consecuencia de las modificaciones que yo realice una vez inscrito, como agregar y eliminar dependientes o cambiar de residencia, entre otros. Acepto que sus derechos con respecto a cada operación de débito deben ser los mismos que si el cheque estuviera firmado por mí. Autorizo a Anthem Blue Cross and Blue Shield a iniciar débitos (o correcciones de débitos anteriores) de mi cuenta con la institución financiera indicada para el pago de mis primas a Anthem Blue Cross and Blue Shield. Esta autorización tendrá vigencia hasta que yo la revoque con una notificación por escrito 30 días antes. Acepto que usted puede estar completamente protegido para cobrar cualquier débito. Además acepto que si no se cumple con el pago de tal débito, ya sea con o sin motivos, o si fuera intencional o inadvertidamente, no tiene ninguna responsabilidad a pesar de que tal falta de pago provoque la pérdida del seguro. **IMPORTANTE:** Si la extracción no es aceptada por su banco, se lo eliminará automáticamente del pago de prima automático mensual con cuenta corriente y se le enviará una factura por mes.

You will incur a \$15.00 service charge for any withdrawal not honored. / Se cobrará un cargo de \$15.00 por cada extracción no aceptada.

Authorized Signature (as it appears in the financial institution's records) Firma autorizada (según aparece en los registros de la institución financiera)	Account Holder Name PRINT Nombre del titular de la cuenta EN LETRA DE IMPRENTA	Date Fecha
X		

8D. Monthly Credit/Debit Card / Pago mensual con tarjeta de débito o crédito

As a convenience to me, I request and authorize you to charge my card for monthly recurring premiums on each due date. I understand that the initial payment amount may vary as a result of change(s) during underwriting, and/or subsequent payment amounts may vary as a result of change(s) I make once enrolled, such as, but not limited to, adding and deleting dependents or moving my residence. The amount may also change as outlined in my policy. This authority is to remain in effect until revoked by me by providing you a 30-day written notice. I agree that you shall be fully protected in honoring any such card payments. I further agree that if any such card payment be dishonored, whether with or without cause and whether intentionally or inadvertently, you shall be under no liability whatsoever, including any fees imposed by my bank, should my card be rejected even though such dishonor results in forfeiture of coverage. We accept Visa, MasterCard, Discover and Star*. For Star, we accept 16 digit card numbers only. / Para mi comodidad, solicito y autorizo que se carguen a mi tarjeta las primas recurrentes mensuales en cada fecha de vencimiento. Comprendo que el monto inicial que se pagará puede variar como consecuencia de las modificaciones ocurridas durante la emisión del seguro, o los siguientes montos que se pagarán pueden variar como consecuencia de las modificaciones que yo realice una vez inscrito, como agregar y eliminar dependientes o cambiar de residencia, entre otros. El monto también puede cambiar según se detalla en mi póliza. Esta autorización tendrá vigencia hasta que yo la revoque con una notificación por escrito 30 días antes. Acepto que usted puede estar completamente protegido para cobrar cualquier pago con tarjeta. Además acepto que si no se cumple con el pago con tarjeta, ya sea con o sin motivos, o si fuera intencional o inadvertidamente, usted no tiene ninguna responsabilidad, incluidas las tarifas impuestas por mi banco, si mi tarjeta es rechazada a pesar de que tal falta de pago provoque la pérdida de la cobertura. Aceptamos tarjetas Visa, MasterCard, Discover y Star*. *En el caso de Star, solo aceptamos números de tarjetas de 16 dígitos.

Card Number / Número de tarjeta: Expiration Date / Fecha de vencimiento: Cardholder ZIP Code / Código postal del titular de la tarjeta:

Authorized Signature (as it appears on the credit card) Firma autorizada (como aparece en la tarjeta)	Cardholder Name (as it appears on the credit card) PRINT Nombre del titular (como aparece en la tarjeta) EN LETRA DE IMPRENTA	Date Fecha
X		

8E. Electronic Check / Cheque electrónico

In lieu of sending a paper check, we can submit this same information electronically. You will need to complete the information below. We require an exact amount and check number of the check you are using. Please void this check to prevent future use. / En lugar de enviar un cheque impreso, podemos enviarle esta misma información de forma electrónica. Deberá completar la siguiente información. Solicitamos el monto exacto y el número del cheque que está usando. Anule este cheque para evitar utilizarlo en el futuro.

Account Holder Name PRINT Nombre del titular de la cuenta EN LETRA DE IMPRENTA	Bank Routing Number Número de ruta del banco	Account Number Número de cuenta	Amount Monto \$	Check Number Número de cheque

* By sending your paper check, you authorize us to convert your check to an electronic fund transfer. If you are approved for coverage, your bank account will be debited for the amount indicated on the check. If you do not qualify for coverage, your check will not be submitted for a funds transfer. Please be aware that your check will not be returned to you. / Al enviar su cheque impreso, nos autoriza a convertir el cheque en una transferencia de fondos electrónica. Si es aprobado para recibir cobertura, su cuenta bancaria será debitada por el monto indicado en el cheque. Si no reúne los requisitos para recibir cobertura, su cheque no será presentado para una transferencia de fondos. Tenga en cuenta que su cheque no será entregado a usted nuevamente.

Authorization for Use of Protected Health Information Autorización para utilizar la información médica protegida

Applicant Social Security or ID Number Número de seguro social o de identificación del solicitante									

By signing below / Al firmar a continuación:

I authorize Anthem Blue Cross and Blue Shield, or an agent, subsidiary or affiliate that has a business associate contract with Anthem Blue Cross and Blue Shield, to obtain any medical records (but not including psychotherapy notes) from any physicians, hospitals and/or other health care providers concerning my care and the care of any family member listed on my Individual Enrollment Application. / Autorizo a Anthem Blue Cross and Blue Shield, o a un agente, subsidiario o filial que tenga un contrato de negocios asociados con Anthem Blue Cross and Blue Shield, a obtener cualquier registro médico (pero sin incluir anotaciones de psicoterapia) de cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica relacionado con mi atención y la atención de los integrantes de mi familia incluidos en mi solicitud de inscripción individual.

I also authorize any physicians, hospitals and/or other health care providers to furnish any medical records (but not including psychotherapy notes) concerning my care and the care of any family member listed on my Individual Enrollment Application to Anthem Blue Cross and Blue Shield, or an agent, subsidiary or affiliate that has a business associate contract with Anthem Blue Cross and Blue Shield. This information is needed to determine eligibility for the coverage requested for myself and/or any family members listed on my Individual Enrollment Application. / También autorizo a cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica a proporcionar mis registros médicos (pero sin incluir anotaciones de psicoterapia) relacionados con mi atención y la atención de los integrantes de mi familia incluidos en mi solicitud de inscripción individual a Anthem Blue Cross and Blue Shield, o a un agente, subsidiario o filial que tenga un contrato de negocios asociados con Anthem Blue Cross and Blue Shield. Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad para la cobertura que solicito para mí o para los integrantes de mi familia incluidos en la solicitud de inscripción individual.

I understand that the entities indicated above may request medical records for up to the past 10 years, and this information will be used to determine whether I and my listed family members are eligible for enrollment in the coverage requested. / Comprendo que las entidades indicadas anteriormente pueden solicitar registros médicos de los últimos 10 años, y esta información será utilizada para determinar si los integrantes de mi familia incluidos y yo somos elegibles para la inscripción en la cobertura solicitada.

I understand that this form must be signed and returned with my completed Individual Enrollment Application if I am initially applying for enrollment in a medically underwritten health plan offered by Anthem Blue Cross and Blue Shield or its affiliate, Anthem Life Insurance Company, or signed and returned with my completed Change of Coverage Form if I wish to add a family member or upgrade my coverage. This authorization will expire when determination is completed regarding my/our eligibility for coverage. / Comprendo que debo firmar y devolver este formulario junto con mi solicitud de inscripción individual completa si estoy solicitando inicialmente la inscripción en un plan médico asegurado por Anthem Blue Cross and Blue Shield o su filial, Anthem Life Insurance Company, o que debo firmar y devolverlo junto con mi formulario de cambio de cobertura completo si deseo agregar un integrante de mi familia o mejorar mi cobertura. Esta autorización caducará cuando se complete la determinación relacionada con mi/nuestra elegibilidad para la cobertura.

I understand that I may revoke this authorization at any time while Anthem Blue Cross and Blue Shield is determining eligibility for the coverage requested. To do so, I must submit a completed Authorization Revocation Form to Anthem Blue Cross and Blue Shield. An Authorization Revocation Form is available by writing to: Anthem Blue Cross and Blue Shield, P.O. Box 9041, Oxnard, CA 93031-9041. If I revoke this authorization after I initially apply for coverage, I understand that I/ we will not be considered by Anthem Blue Cross and Blue Shield for enrollment in one of its medically underwritten health plans. If I revoke this authorization after I ask to upgrade my coverage or add a family member, I understand that the change will not be made. / Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mientras Anthem Blue Cross and Blue Shield determina la elegibilidad para la cobertura solicitada. Para poder hacerlo, debo completar y presentar un formulario de revocación de autorización a Anthem Blue Cross and Blue Shield. Para obtener el formulario de revocación de autorización, escriba a: Anthem Blue Cross and Blue Shield, P.O. Box 9041, Oxnard, CA 93031-9041. Si revoco esta autorización después de solicitar inicialmente una cobertura, comprendo que yo no seré, o que nosotros no seremos considerados, por Anthem Blue Cross and Blue Shield para la inscripción en uno de sus planes médicos asegurados. Si revoco esta autorización después de solicitar la mejora de mi cobertura o de agregar un integrante de mi familia, comprendo que el cambio no será efectuado.

Printed Name of Applicant/Member Nombre en letra de imprenta del solicitante/miembro	Signature of Applicant/Member or His/Her Personal Representative Firma del solicitante/miembro o de su representante personal	Date Fecha
---	--	---------------

Printed Name of Spouse or Dependent Child Age 18 or Over Listed on Application Nombre en letra de imprenta del cónyuge o hijo dependiente Mayor de 18 años incluido en esta solicitud	Signature of Spouse/Dependent Child* or His/Her Personal Representative Firma del cónyuge/hijo dependiente* o de su representante personal	Date Fecha
--	---	---------------

Printed Name of Spouse or Dependent Child Age 18 or Over Listed on Application Nombre en letra de imprenta del cónyuge o hijo dependiente Mayor de 18 años incluido en esta solicitud	Signature of Spouse/Dependent Child* or His/Her Personal Representative Firma del cónyuge/hijo dependiente* o de su representante personal	Date Fecha
--	---	---------------

*If listed on your Individual Enrollment Form, your spouse and each dependent child age 18 or over must sign above. / Si su cónyuge y cada hijo dependiente mayor de 18 años están incluidos en el formulario de inscripción personal, deberán firmar en el espacio anterior.

If this authorization is signed by a personal representative on behalf of the applicant/member, spouse and/or dependent child(ren), the representative must complete the following / Si un representante personal firma esta autorización en nombre del solicitante/miembro, el cónyuge o los hijos dependientes, el representante debe completar la siguiente información:

Printed Name of Personal Representative Nombre en letra de imprenta del representante personal	Relationship to Applicant/Member, Spouse and/or Dependent Child(ren) Vínculo con el solicitante/miembro, cónyuge o hijos dependientes	Date Fecha
---	--	---------------

A photocopy of this form will be as valid as the original. / La fotocopia de este formulario será tan válida como el original.
You have the right to receive a copy of this authorization upon request. / Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicita.

Life products are underwritten by Anthem Life Insurance Company. / Los productos de seguro de vida son asegurados por Anthem Life Insurance Company.
Independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. / Licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.
Anthem Blue Cross and Blue Shield is the trade name of Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. / Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc.

® Registered marks Blue Cross and Blue Shield Association. / Marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

