

Solicitud de inscripción para empleados

Para grupos pequeños de 2 a 50 empleados

Virginia



And Its Affiliate HealthKeepers, Inc.

In the event of a dispute, the provisions of the approved English version of the form will control. / En caso de conflicto, prevalecerán las disposiciones de la versión en Inglés aprobada de este documento.

Los planes de atención médica son proporcionados por Anthem Blue Cross and Blue Shield y HealthKeepers, Inc. Los planes de atención médica de PPO son seguros ofrecidos por Anthem Blue Cross and Blue Shield; los planes de atención médica de HMO son productos de la organización para el mantenimiento de la salud ofrecidos por HealthKeepers, Inc.

Usted, el empleado, debe llenar esta solicitud. Solo usted es responsable de su exactitud y de que esté completa.

Para evitar demoras, responda todas las preguntas y asegúrese de firmar y colocar la fecha en su solicitud.

Solicitud completada para (marque la compañía que corresponda)

Anthem Blue Cross and Blue Shield

HealthKeepers, Inc.

Use bolígrafo azul o negro solamente.

| Sección A: Información del empleado | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre | Número de Seguro Social* (obligatorio) |
| Domicilio particular (calle y apartado postal, si corresponde) | | | |
| Ciudad | Ciudad/Condado | Estado | Código postal |
| Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Vive en pareja | Núm. telefónico principal | Núm. telefónico secundario | |
| Dirección de correo electrónico del empleado | | | |
| Nombre del empleador | | | Núm. de grupo (si se conoce) |
| Domicilio del empleador | | | |
| Ciudad | | Estado | Código postal |
| Condición de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado | Fecha de contratación (MM/DD/AAAA) | Cant. de horas trabajadas por semana | |
| Elegir idioma (opcional): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | | | |
| Sección B: Tipo de solicitud | | | |
| Seleccione una | | | |
| <input type="checkbox"/> Inscripción nueva | <input type="checkbox"/> COBRA – | Fecha del evento calificador | |
| <input type="checkbox"/> Inscripción abierta | Seleccione el evento calificador | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dejó el empleo | <input type="checkbox"/> Reducción de horas | <input type="checkbox"/> Muerte | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la condición de hijo dependiente | <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal | | |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Adjudicación de Medicare de empleado cubierto | | |

* Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos de recopilar esta información.

Anthem Health Plans of Virginia, Inc. comercializa a través del nombre comercial Anthem Blue Cross and Blue Shield en Virginia; su área de servicios abarca todo Virginia con excepción de City of Fairfax, Town of Vienna y el área al este de State Route 123. Anthem Blue Cross and Blue Shield y su Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), HealthKeepers, Inc., son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y los símbolos de Blue Cross y Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

Sección C: Tipo de cobertura**1. Cobertura médica****Introduzca la red, el producto y el código de contrato seleccionado:**

| | | |
|---|-----------|--------------------|
| Red (seleccione una): <input type="checkbox"/> KeyCare <input type="checkbox"/> HealthKeepers <input type="checkbox"/> HealthKeepers Open Access | Producto: | Código de contrato |
|---|-----------|--------------------|

Tenga en cuenta lo siguiente si usted está inscrito en la HSA (Cuenta de Ahorros de Salud) de Lumenos:
Si usted se inscribe en un plan Lumenos HSA, Anthem le facilitará la apertura de una Cuenta de Ahorros de Salud a su nombre, si así lo indica su empleador.

Cobertura médica para miembros – seleccione una: Empleado solo Empleado + Cónyuge o pareja doméstica Empleado + hijo(s) Familia**2. Cobertura dental** Me estoy inscribiendo en el plan dental de mi empleador, si existe alguno.**Cobertura dental para miembro – seleccione una:** Empleado solo Empleado + Cónyuge o pareja doméstica Empleado + hijo(s) Familia**3. Cobertura de la visión** Me estoy inscribiendo en el plan de visión de mi empleador, si lo hubiera.**Cobertura de la visión para miembros – seleccione una:** Empleado solo Empleado + Cónyuge o pareja doméstica Empleado + hijo(s) Familia

Sección D: Información de cobertura - Debe completar todos los campos. Utilice una hoja adicional, si es necesario.

La información del dependiente debe completarse para todos los dependientes adicionales que se incluirán en esta cobertura. Los dependientes que sean elegibles pueden ser su cónyuge o pareja doméstica, sus hijos, o los hijos de su cónyuge o pareja doméstica (hasta el final del mes calendario en que cumplan 26 años, a menos que califiquen como persona discapacitada). Incluya a todos los dependientes, comenzando por el mayor.

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|---|---|
| Apellido del empleado | | | Nombre | Inicial del segundo nombre |
| Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Parentesco con el solicitante Suscriptor | |
| Nombre del PCP | | | Núm. de identificación del PCP | Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha usado productos con tabaco 4 o más veces por semana, en promedio, en los últimos 6 meses? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Está inscrito actualmente o está dispuesto a inscribirse en un programa de bienestar para dejar de fumar? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---|---|--|
| Apellido del cónyuge o pareja doméstica | | | Nombre | Inicial del segundo nombre | Número de Seguro Social* (obligatorio) |
| Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Parentesco con el solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica | | |
| Nombre del PCP | | | Núm. de identificación del PCP | Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Esta persona ha usado productos con tabaco 4 o más veces por semana, en promedio, en los últimos 6 meses? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Esta persona está actualmente inscrita o quiere inscribirse en un programa de bienestar para dejar de fumar? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|---|--|
| Apellido del dependiente | | | Nombre | Inicial del segundo nombre | Número de Seguro Social* (obligatorio) |
| Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Parentesco con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra Si eligió "Otra", ¿cuál es la relación? _____ | | |
| Nombre del PCP | | | Núm. de identificación del PCP | Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", escríbalo: _____ | | | | | |
| ¿Este dependiente ha usado productos con tabaco 4 o más veces por semana, en promedio, en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| ¿Este dependiente está actualmente inscrito o quiere inscribirse en un programa de bienestar para dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|---|--|
| Apellido del dependiente | | | Nombre | Inicial del segundo nombre | Número de Seguro Social* (obligatorio) |
| Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Parentesco con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra Si eligió "Otra", ¿cuál es la relación? _____ | | |
| Nombre del PCP | | | Núm. de identificación del PCP | Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", escríbalo: _____ | | | | | |
| ¿Este dependiente ha usado productos con tabaco 4 o más veces por semana, en promedio, en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| ¿Este dependiente está actualmente inscrito o quiere inscribirse en un programa de bienestar para dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|---|--|
| Apellido del dependiente | | | Nombre | Inicial del segundo nombre | Número de Seguro Social* (obligatorio) |
| Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Parentesco con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra Si eligió "Otra", ¿cuál es la relación? _____ | | |
| Nombre del PCP | | | Núm. de identificación del PCP | Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", escríbalo: _____ | | | | | |
| ¿Este dependiente ha usado productos con tabaco 4 o más veces por semana, en promedio, en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| ¿Este dependiente está actualmente inscrito o quiere inscribirse en un programa de bienestar para dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |

* Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos de recopilar esta información.

Sección E: Otra cobertura grupal

¿Usted o alguna de las personas que solicitan la cobertura reúnen las condiciones para Medicare en la actualidad?
 Sí No

En caso afirmativo, suministre el nombre: _____

| | | | |
|--|---|---|---|
| Núm. de identificación de Medicare | Fecha de entrada en vigor de la Parte A | Fecha de entrada en vigor de la Parte B | Motivo de la elegibilidad para Medicare (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD: Fecha de manifestación _____ |
| Núm. de identificación de Medicare Parte D | Asegurador de Medicare Parte D | | Fecha de entrada en vigor de la Parte D |

El día en el que comience su cobertura, ¿tendrá usted o un familiar cobertura de Medicare?
 Sí No

El día en el que comience su cobertura, ¿tendrá usted o un familiar otra cobertura médica?
 Sí No

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, suministre lo siguiente:

| Nombre de la persona cubierta (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | Tipo (marque una opción) | Cobertura (marque todas las opciones que correspondan) | Nombre del asegurador | Núm. de teléfono del asegurador | Núm. de identificación de la póliza | Fechas (si corresponde) |
|--|---|--|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental | | | | Inicio: _____ Finalización: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental | | | | Inicio: _____ Finalización: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental | | | | Inicio: _____ Finalización: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental | | | | Inicio: _____ Finalización: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental | | | | Inicio: _____ Finalización: _____ |

Sección F: Renuncia/Rechazo de cobertura

Cobertura médica

Cobertura médica rechazada para (marque todas las respuestas que correspondan): Mí mismo/a Cónyuge o pareja doméstica Dependiente(s)

Motivos por los que se rechaza la cobertura (marque todas las respuestas que correspondan):

- Cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge
- Inscrito en otro seguro –
Proporcione el nombre de la compañía y del plan: _____
- Inscrito en cobertura individual
- Cónyuge o pareja doméstica cubierto por la cobertura médica de grupo del empleador
- Medicare/Medicaid/TriCare
- Otro (explique): _____
- Sin cobertura

Cobertura dental

Cobertura dental rechazada por (marque todas las opciones que correspondan): Mí mismo/a Cónyuge o pareja doméstica Dependiente(s)

Renuncio a la cobertura para mí o mis dependientes y comprendo que, al renunciar a la cobertura, ya sea pagada por mi empleador de forma parcial o completa, renuncio al derecho de cambiar esta elección a menos que lo permitan los requisitos de participación del contrato de grupo y las restricciones de inscripción. Anthem Blue Cross and Blue Shield se reserva el derecho de rechazar cambios adicionales a la inscripción de planes dentales.

Cobertura de la visión

Cobertura de la visión rechazada por (marque todas las opciones que correspondan): Mí mismo/a Cónyuge o pareja doméstica Dependiente(s)

Renuncio a la cobertura para mí o mis dependientes y comprendo que, al renunciar a la cobertura, ya sea pagada por mi empleador de forma parcial o completa, renuncio al derecho de cambiar esta elección a menos que lo permitan los requisitos de participación del contrato de grupo y las restricciones de inscripción. Anthem Blue Cross and Blue Shield se reserva el derecho de rechazar cambios adicionales a la inscripción de planes de visión.

Firme aquí **solamente si declina la cobertura.**

| Firma del solicitante | Nombre en letra de imprenta | Núm. de Seguro Social | Fecha (MM/DD/AAAA) |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------|
| X | | | |

Sección G: Términos, condiciones y autorizaciones

Lea esta sección cuidadosamente antes de firmar la solicitud.

Empleado elegible:

- Un empleado activo del empleador que trabaja la cantidad de horas a la semana para ser elegible para beneficios como lo define el empleador y como aprueba Anthem a partir de la fecha de entrada en vigor. El empleo debe ser comprobable a los efectos del pago de impuestos salariales estatales o federales.
- Un empleado, según se define más arriba, que comienza a trabajar después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura y que cumple con el período de espera exigido por el grupo para obtener elegibilidad (si lo hubiera), y que solicita cobertura dentro de los 31 días.
- Cualquier otro tipo de personas identificadas por el empleador, siempre que la(s) empresa(s) brinde(n) la aprobación por escrito de su elegibilidad.
- Empleados que son elegibles para continuación de cobertura según las leyes estatales y federales.

El empleado elegible no incluye contratistas independientes (cuya compensación se informa mediante el formulario 1099 del IRS) ni directores o funcionarios del titular de la póliza para grupos si no trabajan la cantidad de horas requeridas por semana que se describe anteriormente.

Dependiente elegible:

- Cónyuge o hijos menores de 26 años de edad del empleado, lo que incluye a un hijo recién nacido, hijo natural, o un niño entregado en adopción al empleado, un hijastro, o cualquier otro niño de quien el empleado tiene la tutela legal o la custodia por orden judicial. La cobertura de los hijos termina el último día del mes en que cumplen los 26 años de edad.
- Este límite de edad de 26 años no se aplica a la inscripción inicial o para conservar la inscripción de un hijo que no puede mantenerse por sus propios medios debido a una discapacidad intelectual o física que comenzó antes de que alcance el límite de edad. Se podrá obtener cobertura para el hijo que exceda el límite de edad en la inscripción inicial si el empleado presenta prueba de la incapacidad y de su dependencia en el momento de la inscripción. (Es posible que el empleado deba presentar una certificación médica de la afección del dependiente).
- Dependientes elegibles que son elegibles para continuación de cobertura según las leyes estatales y federales.

Como empleado elegible, solicito cobertura para mí y todos mis dependientes y autorizo a mi empleador a deducir las contribuciones que correspondan de mis ingresos para pagar el seguro. Todas las declaraciones y respuestas que he brindado aquí son verdaderas y están completas. Comprendo que todos los beneficios están sujetos a las condiciones establecidas en el acuerdo de grupo y el certificado de cobertura.

Sección G: Términos, condiciones y autorizaciones – Continuación

Declaración de la certificación W-9

Como parte de la certificación W-9 exigida por el Servicio de Impuestos Internos, certifico que el número de Seguro Social que aparece en este formulario es mi número de identificación fiscal correcto (o estoy esperando que se emita un número a mi nombre) y no estoy sujeto a una retención adicional por las siguientes razones: (a) estoy exento de la retención adicional, o (b) no he recibido ninguna notificación del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en la que se determine que estoy sujeto a la retención adicional como consecuencia del incumplimiento de la obligación de informar todos los intereses y dividendos, o bien (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional.

Al firmar esta solicitud, declaro que:

Certifico que he leído o me han leído la solicitud completa, y que comprendo que cualquier declaración falsa o incorrecta en la solicitud puede ocasionar la pérdida de la cobertura.

Para los inscritos en la cuenta de ahorros para la salud: A menos que se contemple de otro modo en todo acuerdo entre el custodio financiero, es decir el custodio de mi HSA, y yo, entiendo que mi autorización debe presentarse antes de que el custodio financiero pueda proporcionar a Anthem información relacionada con mi HSA. Autorizo por la presente a que el custodio financiero proporcione a Anthem información relacionada con mi HSA, como mi número de cuenta, balance de cuenta e información relativa a la actividad en ella. También entiendo que puedo presentar ante Anthem una solicitud por escrito para anular dicha autorización en cualquier momento.

Opción de cobertura

Si su empleador o grupo ofrece una cobertura HMO que no le permite recibir toda la gama de servicios cubiertos del proveedor que usted elija, en el momento de su inscripción inicial y en cada una de las renovaciones, usted también tendrá la opción de elegir un plan de atención de la salud que le permita obtener atención del proveedor que usted desee (plan de "punto de servicio"). Es posible que la HMO, Anthem Blue Cross and Blue Shield u otro asegurador ofrezca este plan de punto de servicio.

| | | |
|-----------------------|-----------------------------------|------------------------|
| Firme aquí | Firma del solicitante X | Fecha (MM/DD/AAAA) |
|-----------------------|-----------------------------------|------------------------|

Derechos especiales de inscripción

Si rechazó la inscripción para usted o para su(s) dependiente(s) (incluso para su cónyuge o pareja doméstica) debido a que posee cobertura de otro seguro médico o plan de salud de grupo, es posible que pueda inscribirse e inscribir a su(s) dependiente(s) en este plan si usted o su(s) dependiente(s) pierden la elegibilidad para la cobertura del otro seguro médico o del plan de salud de grupo (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes elegibles). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de la cobertura (o después de que el empleador deja de contribuir a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse o inscribir a sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. También comprendo que mis dependientes y yo podemos inscribirnos en dos circunstancias adicionales:

- Su cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) o la de su dependiente termina porque ya no son elegibles.
- Usted o su dependiente son elegibles para recibir un subsidio (programa estatal de asistencia para pagar primas).

En estos casos, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes siempre que solicite la inscripción dentro de los 60 días a partir de la fecha de la pérdida de Medicaid/CHIP o de la determinación de la elegibilidad.