

Formulario de cambio de empleado

Para grupos pequeños de 2-50 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 and 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.

Instrucciones:

Si usted cancela la cobertura para un dependiente o cambia de nombre, especifique el motivo en las secciones designadas. Complete el formulario electrónicamente, o use bolígrafo azul o negro para entregarlo a su empleador. Utilice hojas adicionales si es necesario. NOTA: Puede realizar cambios si ingresa en anthem.com.

Sección A: Información general			
Nombre del empleador		Núm. de grupo	Clase de vida del empleado
Apellido del empleado	Nombre del empleado	Inicial del segundo nombre	Núm. de Seguro Social del empleado* (obligatorio)
Sección B: Información del empleado (obligatorio)			
Motivo del cambio (obligatorio) Marque todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Incorporación de cónyuge o pareja doméstica, o dependiente <input type="checkbox"/> Inscripción en Medicare (complete la sección E) <input type="checkbox"/> Cancelación de la cobertura <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Cancelación de cónyuge o pareja doméstica, o dependiente <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Cambio de beneficio <input type="checkbox"/> Cambio de médico de atención primaria (PCP)			
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Motivo del evento (obligatorio). Marque todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo <input type="checkbox"/> Adopción de un hijo <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria de la cobertura <input type="checkbox"/> Otro seguro <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____		
Fecha del evento/fecha de entrada en vigor solicitada – Obligatorio [] [] [] [] [] [] [] [] (MM/DD/AAAA)			
Domicilio particular (calle y apartado postal, si corresponde)		Ciudad	Estado
Código postal	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja doméstica
Núm. telefónico principal	Núm. telefónico secundario	Dirección de correo electrónico	
Nombre del PCP		Núm. de identificación del PCP	¿Paciente existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sección C: Información de la familia - Cónyuge o pareja y dependientes que se agregan/cambian/cancelan. Utilice una hoja adicional, si es necesario.			
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Motivo del evento (obligatorio). Marque todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo <input type="checkbox"/> Adopción de un hijo <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria de la cobertura <input type="checkbox"/> Otro seguro <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____		
Fecha del evento/fecha de entrada en vigor solicitada – Obligatorio [] [] [] [] [] [] [] [] (MM/DD/AAAA)			
Apellido del cónyuge o pareja		Nombre	Inicial del segundo nombre
Número de Seguro Social* (obligatorio)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Es 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	Nombre del PCP	Núm. de identificación del PCP	¿Paciente existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El cónyuge o pareja tiene un domicilio diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", escriba el domicilio: _____			
¿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

* Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Rentas Internas de recopilar esta información.

Sección C: Información de la familia – Continuación

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Motivo del evento (obligatorio). Marque todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo <input type="checkbox"/> Adopción de un hijo <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria de la cobertura <input type="checkbox"/> Otro seguro <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____				
	Fecha del evento/fecha de entrada en vigor solicitada – Obligatorio _____ (MM/DD/AAAA)				
Apellido del dependiente		Nombre		Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social* (obligatorio)
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Es 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: _____					
¿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					

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Motivo del evento (obligatorio). Marque todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo <input type="checkbox"/> Adopción de un hijo <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria de la cobertura <input type="checkbox"/> Otro seguro <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____				
	Fecha del evento/fecha de entrada en vigor solicitada – Obligatorio _____ (MM/DD/AAAA)				
Apellido del dependiente		Nombre		Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social* (obligatorio)
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Es 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: _____					
¿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					

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Motivo del evento (obligatorio). Marque todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo <input type="checkbox"/> Adopción de un hijo <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria de la cobertura <input type="checkbox"/> Otro seguro <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____				
	Fecha del evento/fecha de entrada en vigor solicitada – Obligatorio _____ (MM/DD/AAAA)				
Apellido del dependiente		Nombre		Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social* (obligatorio)
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Es 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: _____					
¿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					

* Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Rentas Internas de recopilar esta información.

Sección D: Plan/tipo de cobertura

1. Cobertura médica

Ingrese el nombre de la red, el nombre del plan del producto y el código de contrato seleccionado:

Nombre de la red	Nombre del plan del producto	Código del contrato, si lo conoce
------------------	------------------------------	-----------------------------------

Nota para los inscriptos en la cuenta de ahorros de salud (HSA):
 si usted se inscribe en un plan HSA, le facilitaremos 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 Empleado + hijo(s) Familia

2. Cobertura dental

Nombre del plan del producto	Código del contrato, si lo conoce
------------------------------	-----------------------------------

Cobertura dental para miembros – seleccione una: Empleado solo Empleado + Cónyuge o pareja Empleado + hijo(s) Familia

3. Cobertura de la visión

<input type="checkbox"/> Me estoy inscribiendo en el plan de visión de mi empleador, si lo hubiera.	Código del contrato, si lo conoce
---	-----------------------------------

Cobertura de la visión para miembros – seleccione una: Empleado solo Empleado + Cónyuge o pareja Empleado + hijo(s) Familia

Sección E: Otra cobertura grupal

¿Es alguno de los solicitantes de cobertura actualmente elegible para Medicare?
 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
--	--------------------------------	---

¿Está cualquier solicitante de cobertura cubierto por otra cobertura médica?
 Sí No

Si la respuesta es "Sí", brinde la siguiente información:

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	Nombre del titular de la póliza	Fechas (si corresponde)
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental					Inicio: _____ Finalización: _____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental					Inicio: _____ Finalización: _____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental					Inicio: _____ Finalización: _____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental					Inicio: _____ Finalización: _____

Sección F: 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 o HealthKeepers 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, pareja doméstica 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, a una pareja 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 soltero 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.

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 o HealthKeepers información relacionada con mi HSA. Autorizo por la presente a que el custodio financiero proporcione a Anthem o HealthKeepers 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 o HealthKeepers una solicitud por escrito para anular dicha autorización en cualquier momento.

Opción de cobertura

Si su empleador o grupo ofrece una cobertura de organizaciones para el mantenimiento de la salud 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 Anthem Blue Cross and Blue Shield, HealthKeepers u otro asegurador ofrezca este plan de punto de servicio.

Firme
aquí

Firma del solicitante

X

Fecha (MM/DD/AAAA)