

PPO/Indemnity Formulario de inscripción o cambio para miembros



PARA USO EXCLUSIVO DE ANTHEM

| | | |
|-----------------------------------|-----------------|------------------------------|
| N.º de identificación del miembro | N.º de la firma | Fecha de entrada en vigencia |
|-----------------------------------|-----------------|------------------------------|

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/ SOLICITANTE

| | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------|---------------|
| N.º de contrato actual con Anthem BCBS, si lo hubiere | | N.º de Seguro Social | |
| Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre | |
| Calle y N.º del domicilio particular o casilla de correo | Ciudad | Estado | Código postal |
| N.º de teléfono | Dirección de correo electrónico | | |

SECCIÓN 2: MOTIVO DE INSCRIPCIÓN DEL MIEMBRO - (marque el motivo a continuación y coloque la fecha si es necesario)

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nueva contratación | <input type="checkbox"/> Nuevo grupo (inscripción inicial) | <input type="checkbox"/> COBRA - fecha de inicio _____ | <input type="checkbox"/> Jubilado - fecha de jubilación _____ |
| <input type="checkbox"/> Recontratación | <input type="checkbox"/> Inscripción abierta | <input type="checkbox"/> COBRA - fecha del acontecimiento _____ | <input type="checkbox"/> Acontecimiento de la vida _____ |
| <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura (consulte la Sección 6) | <input type="checkbox"/> Otro _____ | Fecha _____ | |

SECCIÓN 3: CAMBIO DE CONDICIÓN - (marque el tipo y la fecha de cambio a continuación)

| | | | | |
|--|--|--|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Cambio de nombre | <input type="checkbox"/> Agregar dependiente | <input type="checkbox"/> Eliminación de dependiente | <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio | Fecha del cambio |
| Motivo del cambio | | | | |
| <input type="checkbox"/> Adopción | <input type="checkbox"/> Inscripción anual | <input type="checkbox"/> Nacimiento | <input type="checkbox"/> Orden judicial | |
| <input type="checkbox"/> Pareja | <input type="checkbox"/> Cobertura de Medicaid | <input type="checkbox"/> Unión civil | <input type="checkbox"/> Muerte | |
| <input type="checkbox"/> Baja del servicio militar | <input type="checkbox"/> Divorcio | <input type="checkbox"/> Ingreso al servicio militar | <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura | |
| <input type="checkbox"/> Cancelación voluntaria | <input type="checkbox"/> Matrimonio | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

SECCIÓN 4: OPCIONES DE LOS MIEMBROS

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Preferred Blue® | <input type="checkbox"/> Lumenos® HSA* | <input type="checkbox"/> Lumenos® HIA |
| <input type="checkbox"/> Indemnity | <input type="checkbox"/> Lumenos® HRA | <input type="checkbox"/> Lumenos® HIA Plus |
| <input type="checkbox"/> Blue View Vision** (consulte la sección 10) _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

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

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

| | | | |
|------------------------|--|-----------------------|------------------------------------|
| Nombre de la compañía | N.º de la firma/Plan de beneficios médicos | | |
| Fecha de contratación* | Fecha de recontratación (si corresponde)* | Fecha de elegibilidad | N.º de horas trabajadas por semana |

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

SECCIÓN 6: ELECCIÓN DE NO INSCRIBIRSE

No deseo inscribirme en ningún plan. Marque una de las siguientes opciones:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> No tengo ninguna otra cobertura. Comprendo que la oportunidad de inscribirme en el futuro estará sujeta a todos los requisitos de grupo, las políticas de Anthem y NH RSA 420-G:8. |
| <input type="checkbox"/> Ya tengo otra cobertura. |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Nombre del titular de la póliza | Compañía de seguros |
|---------------------------------|---------------------|

| | |
|-------------------|-------|
| Firma X | Fecha |
|-------------------|-------|

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y EL MIEMBRO – (incluir solo los miembros de la familia que desea inscribir, eliminar o cambiar)

Si su plan de beneficios médicos de grupo incluye una cobertura para parejas, debe adjuntar a esta solicitud de inscripción una Declaración de Pareja Doméstica completa.

Nota: Si desea elegir una cobertura para dependientes, incluya todos los hijos o hijastros elegibles y complete todos los formularios obligatorios de acuerdo con las pautas de su empleador.

| Médica | Visión | Nombres de las personas (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) | Sexo | ¿Tiene otro seguro? | N.º de Seguro Social | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | ¿Es estudiante a tiempo completo? |
|--|--|--|--|--|----------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Usted | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Excónyuge, cónyuge legal <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Unión civil | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DE COBERTURA PREVIA (esta sección debe estar completa)

¿Ha tenido usted o algún miembro de su familia cobertura de un seguro de salud durante los 63 días anteriores a la fecha de su contratación o a la fecha de entrada en vigencia de la nueva póliza?

Sí No Si su respuesta es afirmativa, complete los siguientes espacios:

| | Usted | Excónyuge, cónyuge legal, pareja o unión civil | Dependientes | | |
|--|-------|---|--------------|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 |
| Nombre de la compañía de seguros | | | | | |
| N.º de certificado (póliza) | | | | | |
| Fecha de inicio de la cobertura | | | | | |
| Fecha de finalización de la cobertura, a menos que la cobertura siga vigente | | | | | |

SECCIÓN 9: INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE

¿Reúne alguna de las personas mencionadas en esta solicitud los requisitos para recibir la cobertura de Medicare?

Sí No Si su respuesta es afirmativa, complete los espacios a continuación para cada una de esas personas.

| Nombre(s) de los beneficiarios de Medicare | N.º de reclamación del seguro de salud | Fecha de entrada en vigencia de Medicare Parte A | Fecha de entrada en vigencia de Medicare Parte B | Fecha de entrada en vigencia de Medicare Parte D | Marque todos los motivos por los que usted reúne los requisitos para recibir la cobertura de Medicare |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <input type="checkbox"/> 65 años de edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 65 años de edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 65 años de edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 65 años de edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) |

SECCIÓN 10: FIRMA DEL EMPLEADO

Solicito cobertura para mí y todos los dependientes detallados, 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 dado son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Comprendo que es un delito brindar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a las compañías de seguros con el fin de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la negación de los beneficios del seguro. Comprendo que todos los beneficios están sujetos a las condiciones establecidas en el Acuerdo de Grupo y el Certificado de Cobertura.

**** Divulgación de información de beneficios limitada: la póliza o el certificado provee solo beneficios de la visión. Revise detenidamente su póliza o certificado.**

| | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------|
| Firma del empleado X | Aclaración en letra de imprenta | Fecha |
|--------------------------------|---------------------------------|-------|

Bienvenido a Anthem Blue Cross and Blue Shield

Siga las instrucciones detalladas a continuación para completar la Solicitud de inscripción. Consulte con el administrador de beneficios de su empleador para obtener más información.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/ SOLICITANTE

El número de identificación de Anthem actual se debe completar solo si desea cambiar, actualizar o cancelar una póliza existente. No obtendrá un nuevo número de identificación de Anthem si se trata de una inscripción nueva.

SECCIÓN 2: MOTIVO DE INSCRIPCIÓN DEL MIEMBRO

Esta información se requiere si usted es un empleado nuevo, un empleado recontratado, un inscrito nuevo, un participante de COBRA o un jubilado.

SECCIÓN 3: CAMBIO DE CONDICIÓN

Esta información se requiere si usted es un miembro actual que desea cambiar su condición de miembro. Los miembros nuevos no deben completar esta información.

SECCIÓN 4: OPCIONES DE LOS MIEMBROS

Esta información es obligatoria para los inscritos nuevos. Es opcional para todas las demás opciones.

Descripciones del plan dirigido por el consumidor de Anthem:

Lumenos HSA = Cuenta de Ahorros de Salud Lumenos

Lumenos HIA = Cuenta de Incentivo de Salud Lumenos

Lumenos HIA Plus = Cuenta de Incentivo de Salud Plus Lumenos

Lumenos HRA = Cuenta de Reembolso de Salud Lumenos

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

El nombre de la compañía, el número de división de la firma y el número del plan de beneficios médicos son obligatorios al completar esta solicitud. La fecha de contratación o recontratación es obligatoria solo para los nuevos miembros. El primer día en el que la persona presta servicios por un salario o cualquier otra forma de compensación es la fecha de contratación o recontratación.

SECCIÓN 6: ELECCIÓN DE NO INSCRIBIRSE

Complete este cuadro solo si desea renunciar a su cobertura.

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO Y EL SOLICITANTE

Esta información se requiere para los nuevos miembros, la remoción o adición de dependientes, los cambios o las actualizaciones de fechas de nacimiento y los cambios de nombres de dependientes. No se requiere para los cambios de domicilio o la terminación de la totalidad de la póliza.

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DE COBERTURA PREVIA

Esta información se requiere al inscribirse como un miembro nuevo o al agregar un miembro a su póliza existente. Se le devolverá la póliza si esta información no está completa.

SECCIÓN 9: INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Esta información se requiere para cualquier miembro de esta póliza que tenga más de 65 años de edad o cumpla con los requisitos para obtener la cobertura de Medicare.

Nota: Cada año, Anthem Blue Cross and Blue Shield ahorra millones de dólares para sus miembros y grupos a través de la Coordinación de beneficios. La información sobre otro seguro o Medicare le permite asegurarse de que recibe todos los beneficios a los que tiene derecho. Al dividir los gastos de atención de la salud correctamente entre sus planes, podemos controlarlos mejor.

SECCIÓN 10: FIRMA DEL EMPLEADO

El empleado debe firmar la solicitud para que sea válida. Si usted es un administrador de beneficios que desea finalizar la cobertura para un miembro, coloque su nombre en el espacio correspondiente.

Las solicitudes completas se pueden enviar a Anthem Blue Cross and Blue Shield a través de uno de los siguientes métodos:

Correo: Anthem Blue Cross and Blue Shield
3000 Goffs Falls Road
Manchester, NH 03111-0001

Fax: 603-645-5830