

Solicitud de inscripción individual de Colorado



Anthem Blue Cross and Blue Shield
P.O. Box 9041
Oxnard, CA 93031-9041

Asegúrese de haber completado el CUESTIONARIO DE PRESELECCIÓN antes de seguir con esta solicitud.

Si necesita ubicar el cuestionario, visite Anthem.com.

IMPORTANTE: EL PAGO DE LA PRIMA SE DEBE PRESENTAR JUNTO CON LA SOLICITUD. Complete el Formulario de forma de pago para las solicitudes individuales y envíelo con la solicitud de inscripción completa. Se devolverán las solicitudes que se reciban sin el pago de la prima, lo que puede afectar su elegibilidad para la cobertura. Si tiene preguntas, llame al 1-877-373-9821.

Complete con tinta azul o negra solamente.

Sección A: Información sobre la cobertura	
Tipo de solicitud (elijá uno):	<input type="checkbox"/> Nueva cobertura <input type="checkbox"/> Cambiar cobertura de la póliza individual de Anthem, n.º de póliza _____ <input type="checkbox"/> Agregar dependiente(s) a la cobertura actual, n.º de póliza _____
Fecha de entrada en vigencia solicitada:	La fecha de entrada en vigencia solicitada no garantiza que la fecha de entrada en vigencia será la fecha solicitada en caso de que acordemos brindar cobertura. Elija la fecha en que desea que comience su cobertura: ____/____/____ MM/DD/AAAA NOTE: Si agrega un dependiente o cambia la cobertura, la fecha de entrada en vigencia siempre será el primer día del mes posterior a la aprobación.
Opción FamilyElectSM:	Si desea un plan médico para TODOS los miembros de su familia, seleccione un plan en la sección E , en la página 2. Si desea elegir un plan médico diferente para cada miembro de la familia, consulte la sección E para obtener el código del plan médico de 4 dígitos que aparece entre paréntesis e indíquelo a continuación en las secciones B, C y D. TENGA EN CUENTA que un hijo dependiente menor de 19 años debe elegir el mismo plan que el padre/la madre/el tutor legal mayor de 19 años.

Sección B: Información del solicitante (en letra de imprenta)								
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social*			Código del plan médico		
Domicilio particular (calle y casilla de correo si corresponde)			Ciudad		Estado	Código postal		
Domicilio de facturación (calle y casilla de correo si es diferente de los anteriores)			Ciudad		Estado	Código postal		
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Apellido de soltera (si corresponde)	Altura (pies/pulgadas)	Peso (libras)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Número de teléfono diurno () ()	Número de teléfono nocturno () ()	Número de fax () ()	Correo electrónico*					
Elija un método de comunicación para recibir la correspondencia sobre evaluaciones de seguro durante la revisión de su solicitud: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo postal								
Elegir idioma (opcional)		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	¿Lee y escribe en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es "NO", el traductor debe firmar y enviar una Declaración de responsabilidad (sección N).								

Sección C: Información del cónyuge o de la pareja							
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social*			Código del plan médico	
Parentesco	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja	Apellido de soltera (si corresponde)	Altura (pies/pulgadas)	Peso (libras)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Elegir idioma (opcional) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español							

Sección D: Información sobre hijos dependientes que tendrán cobertura (Todos los campos son obligatorios. Adjunte otra hoja si es necesario).							
Se debe completar la información de los dependientes para cada hijo dependiente adicional (si lo hubiera) para que reciban esta cobertura. Un dependiente elegible puede ser uno de sus hijos, los hijos de su cónyuge o pareja, o un niño bajo tutela legal (hasta el final del mes calendario en que cumplen 26 años). (Mencione a todos los dependientes, comenzado por el mayor).							
Primer nombre, inicial del segundo nombre (apellido, si es diferente)	Número de Seguro Social*	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Altura (pies/pulgadas)	Peso (libras)	Código del plan médico
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		/ /	/		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		/ /	/		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		/ /	/		

- Sí** **No** ¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud ha residido (no viajado) fuera de los Estados Unidos durante los últimos tres (3) meses consecutivos? Si la respuesta es "SÍ", ¿quién? _____
- Sí** **No** ¿Las personas mencionadas en esta solicitud son residentes legales de los Estados Unidos y residentes del estado en el que solicitan la cobertura? Si la respuesta es "NO", ¿quién? _____
- Sí** **No** ¿Las personas mencionadas en esta solicitud son ciudadanas de los Estados Unidos? Si la respuesta es "NO", ¿quién? _____
 ¿Durante cuántos meses/años han residido en los Estados Unidos? _____ años y _____ meses

* Esta información se utiliza solo para fines internos.

COINDAPPSP (Rev. 9/12)

Nombre del agente/Número de identificación del contribuyente (TIN)



Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los seguros de vida y de incapacidad son asegurados por Anthem Life Insurance Company. Licenciarios 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.

06-000508 9/12

Página 1 de 16

Sección E: Cobertura médica (Seleccione UN plan, luego seleccione UNA suma deducible y modificaciones opcionales).

Si desea adquirir el mismo plan médico para todos los miembros de la familia, elija una de las siguientes opciones.

Los miembros de la familia de 19 años de edad y mayores pueden elegir una póliza/plan médico diferente mediante la opción FamilyElectSM. Para hacerlo, consulte los códigos del plan médico de cuatro dígitos que aparecen entre paréntesis a continuación e indique las opciones de cobertura médica para cada miembro de la familia en las secciones B, C y D en la página 1. **TENGA EN CUENTA** que un hijo dependiente menor de 19 años debe elegir el mismo plan que el padre/la madre/el tutor legal mayor de 19 años.

Para los planes Tonik, los solicitantes deben tener diecinueve (19) años o más, y cada solicitante será inscrito en su propia póliza.

Anthem Blue Cross and Blue Shield inscribirá a todos los miembros de la familia elegibles, salvo que se indique lo contrario. Si no desea esto, marque la casilla a continuación.

Yo, el solicitante, pido que Anthem NO inscriba a ningún solicitante elegible, a menos que TODOS los miembros de la familia cumplan con los requisitos.

Tonik Plus	<input type="checkbox"/> 5000 (068R)		
CoreShare Plus	<input type="checkbox"/> 750 - 50 % c/ copago en el centro (065R)	<input type="checkbox"/> 1500 - 50 % c/ copago en el centro (065S)	<input type="checkbox"/> 2500 - 50 % c/ copago en el centro (065T)
	<input type="checkbox"/> 3500 - 50 % (065U)	<input type="checkbox"/> 5000 - 50 % (065V)	<input type="checkbox"/> 7500 - 50 % (065W)
ClearProtection	<input type="checkbox"/> 1000 - 70 % (01HA)	<input type="checkbox"/> 3300 - 70 % (01HB)	<input type="checkbox"/> 5000 - 70 % (01HC)

SmartSense Plus	<input type="checkbox"/> 1000 - 70 % c/ medicamento recetado estándar (01GF)	<input type="checkbox"/> 1000 - 70 % c/ medicamento recetado de marca (01GG)	<input type="checkbox"/> 2000 - 70 % c/ medicamento recetado estándar (01GH)
	<input type="checkbox"/> 2000 - 70 % c/ medicamento recetado de marca (01GJ)	<input type="checkbox"/> 3500 - 70 % c/ medicamento recetado estándar (01GK)	<input type="checkbox"/> 3500 - 70 % c/ medicamento recetado de marca (01GL)
	<input type="checkbox"/> 6000 - 70 % c/ medicamento recetado estándar (01GM)	<input type="checkbox"/> 6000 - 70 % c/ medicamento recetado de marca (01GN)	
Premier	<input type="checkbox"/> 1000 - 75 % (01GP)	<input type="checkbox"/> 1500 - 75 % (01GQ)	<input type="checkbox"/> 2500 - 75 % (01GT)
	<input type="checkbox"/> 3500 - 75 % (01GU)	<input type="checkbox"/> 5000 - 75 % (01GV)	<input type="checkbox"/> 6000 - 75 % (01GW)

Planes compatibles con la HSA

Lumenos HSA Plus - Póliza individual	<input type="checkbox"/> 3000 - 100 % (0LJW)	<input type="checkbox"/> 4500 - 100 % (0LJX)	<input type="checkbox"/> 5950 - 100 % (0LJY)
Lumenos HSA Plus - Póliza familiar	<input type="checkbox"/> 3500 - 100 % (01H3)	<input type="checkbox"/> 5500 - 100 % (01H5)	<input type="checkbox"/> 7500 - 100 % (01H7)
	<input type="checkbox"/> 11,900 - 100 % (01H8)		

Sí, deseo abrir una cuenta de ahorros de salud junto con el plan de salud compatible con la HSA que seleccioné anteriormente. Anthem le proporcionará su información al banco socio de Anthem. (Proporcione su número de Seguro Social en la sección B).

No, NO deseo abrir una cuenta de ahorros de salud junto con el plan de salud compatible con la HSA que seleccioné anteriormente.

Otro Para solicitar un plan/una póliza que no se haya mencionado, escriba el nombre aquí:

Sección F: Elección de cobertura dental

Plan PPO Plan dental PPO individual de Anthem Blue (DE12)

Enhanced Tonik Dental Plan dental PPO (DR54)

Sí, deseo agregar cobertura dental (con costos adicionales). Si la respuesta es "Sí", seleccione un tipo de cobertura (se aplica solo a las personas que aparecen en esta solicitud):

Solicitante Cónyuge o pareja Todos sus hijos Algunos de sus hijos: _____

Aunque yo o cualquier miembro de mi familia que aparezca en la solicitud seamos rechazados para obtener cobertura médica, solicito que se inscriba a **todos los miembros seleccionados anteriormente**.



Sección G: Seguro de vida a término de Anthem Life Insurance Company

Sí, además de la cobertura médica, deseo solicitar un seguro de vida a término (con costos adicionales por persona).

Usted, el solicitante, ¿es titular de una póliza de seguro de vida o de un contrato de anualidad actuales? Sí No

Si su respuesta a la pregunta anterior es "Sí", infórmele al agente con quien está trabajando (si lo hubiera), que le proporcionará un "Aviso importante: Reemplazo del seguro de vida..."

Al solicitar la póliza de seguro de vida propuesta, ¿desea reemplazar, dejar o cambiar la póliza de seguro de vida actual? Sí No

Proporcione la información a continuación. Los solicitantes deben cumplir con las pautas de evaluación médica de Anthem Life Insurance Company para calificar para una cobertura de seguro de vida a término. Los solicitantes menores de un año no reúnen los requisitos para obtener un seguro de vida. Todas las pólizas de los seguros de vida a término finalizan en el mes en que cumple 65 años.

Solicitantes	Monto de la cobertura (elijá uno)	Beneficiario**	Parentesco	Dirección postal del beneficiario Ciudad/estado/código postal
<input type="checkbox"/> Solicitante	<input type="checkbox"/> \$15,000 (BV79) <input type="checkbox"/> \$75,000 (DZ07)* <input type="checkbox"/> \$25,000 (CV30) <input type="checkbox"/> \$100,000 (DZ08)* <input type="checkbox"/> \$50,000 (CV29)*	Principal:		
		Contingente:		
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> \$15,000 (BV79) <input type="checkbox"/> \$75,000 (DZ07)* <input type="checkbox"/> \$25,000 (CV30) <input type="checkbox"/> \$100,000 (DZ08)* <input type="checkbox"/> \$50,000 (CV29)*	Principal:		
		Contingente:		
<input type="checkbox"/> Todos sus hijos	<input type="checkbox"/> \$15,000 (BV79) <input type="checkbox"/> \$75,000 (DZ07)* <input type="checkbox"/> \$25,000 (CV30) <input type="checkbox"/> \$100,000 (DZ08)* <input type="checkbox"/> \$50,000 (CV29)*	Principal:		
		Contingente:		
<input type="checkbox"/> Algunos de sus hijos _____ _____	<input type="checkbox"/> \$15,000 (BV79) <input type="checkbox"/> \$75,000 (DZ07)* <input type="checkbox"/> \$25,000 (CV30) <input type="checkbox"/> \$100,000 (DZ08)* <input type="checkbox"/> \$50,000 (CV29)*	Principal:		
		Contingente:		

NO PAGUE LA PRIMA DE NINGÚN SEGURO DE VIDA. LE COBRAREMOS SI SE ACEPTA SU SOLICITUD.

* Los montos superiores a \$25,000 no están disponibles para los solicitantes menores de 19 años. Si es elegido por un solicitante aprobado menor de 19 años, la elección se predeterminará en \$25,000.

** Si un beneficiario no figura y se emite una póliza, los beneficios por muerte se pagarán de acuerdo con la cláusula sobre beneficiarios de la póliza.

Sección H: Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

Si su respuesta es "Sí" a todas las siguientes declaraciones, es posible que cumpla con la definición de "persona elegible a nivel federal" y reúna los requisitos para obtener una cobertura de HIPAA.

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Durante los últimos 18 meses he tenido cobertura acreditable, y la más reciente fue de un plan de salud de grupo (incluidos los planes ofrecidos a través de iglesias o los planes gubernamentales)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si su respuesta es "Sí", indique el nombre del grupo _____ y el número de teléfono _____ | | |
| 2. NO reúno los requisitos para obtener cobertura de un plan de beneficios de salud de grupo, Medicare o Medicaid, y NO tengo cobertura de otro plan de beneficios de salud. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mi cobertura más reciente NO finalizó como resultado de una falta de pago de primas o un fraude. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cuando me la ofrecieron, acepté la continuación de cobertura y agoté dichos beneficios (es decir, continuación de cobertura estatal o COBRA). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fecha de finalización de la continuación de cobertura estatal o COBRA: ____/____/____ MM/DD/AAAA | | |

¿Usted o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud reúnen los requisitos para un plan HIPAA? Sí No

Si la respuesta es "Sí", incluya los nombres de los solicitantes que reúnen los requisitos:

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____



Sección I: Seguro financiado por el empleador

1. ¿Un empleador con cincuenta (50) empleados elegibles o menos pagará o reembolsará a algún solicitante a través de un ajuste salarial, plan de reembolso para la salud o de alguna otra manera una porción de la prima de la póliza que solicita? Sí No

Si respondió “No”, puede parar y continuar con la sección J de esta solicitud.

2. ¿Tuvo el empleador un plan de beneficios médicos para pequeñas empresas que proporcionó cobertura a cualquier empleado en los doce meses anteriores a la fecha de esta solicitud? Sí No

Si la respuesta a la pregunta 1 es “Sí”, el solicitante no podrá recibir una póliza individual en la que el empleador reembolse o pague las primas, o parte de ellas.

Si bien la póliza que se está solicitando no puede ser financiada por un empleador, el solicitante puede ser elegible para el pago de su cobertura. Si el solicitante desea solicitar una póliza de seguro individual en la que el solicitante pagará las primas, debe completar el resto de la solicitud y responder la pregunta 3.

3. ¿Está de acuerdo en solicitar una póliza de seguro individual y pagar todas las primas sin la asistencia financiera de su empleador? Sí No

Sección J: Otra cobertura de salud (Responda TODAS las preguntas siguientes).

Anthem Blue Cross and Blue Shield reconoce cobertura previa para el período de trastornos preexistentes para los solicitantes que reúnan los requisitos y sean aceptados para la cobertura, y que soliciten una fecha de entrada en vigencia dentro de los 90 días posteriores a la finalización de la cobertura anterior que calificaba, según lo exige la ley. Las limitaciones de trastornos preexistentes no se aplican a los solicitantes menores de diecinueve (19) años si solicitan una cobertura que no es de derechos adquiridos. Para obtener reconocimiento para el período de trastornos preexistentes, complete la siguiente información:

¿Tuvo cobertura durante los últimos 90 días? **SÍ** **NO**

Actualmente, ¿usted o alguna persona que solicita la cobertura reciben beneficios por discapacidad del Seguro Social, beneficios de Medicare, Medicaid u otros beneficios de programas gubernamentales, o no pueden trabajar debido a una discapacidad, o reciben una compensación para trabajadores?

Si la respuesta es “Sí”, indique el nombre de la persona y la razón: _____

_____ Fecha de inicio de la cobertura: ____/____/____ Fecha de finalización de la cobertura: ____/____/____

Información de cobertura de reemplazo

A su leal saber y entender:

- a) ¿Tiene alguna otra póliza de seguro o contrato vigentes?
 Si su respuesta es “Sí”, ¿con qué compañía? _____ Si su respuesta es “Sí”, ¿desea reemplazar su seguro por enfermedad y accidente actual con este contrato?
- b) ¿Tiene algún otro seguro por enfermedad y accidente que brinde beneficios similares a los de esta póliza?
 Si su respuesta es “Sí”, ¿con qué compañía? _____ ¿Qué tipo de póliza? _____
- c) ¿Tiene cobertura de asistencia médica a través del programa estatal Medicaid?
 ¿Es beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB)?
 ¿Es beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)?
 ¿Recibe otros beneficios médicos de Medicaid?

- Por lo general, no necesita más de una póliza.
- Si compra esta póliza, le recomendamos evaluar su cobertura de atención de la salud actual y decidir si necesita múltiples coberturas.
- Es posible que usted sea elegible para recibir los beneficios de Medicaid o Medicare y que no necesite una póliza por enfermedad y accidente. Si es elegible para Medicare, le recomendamos comprar una póliza complementaria de Medicare.
- Si es elegible para Medicare debido a su edad o discapacidad, es posible que cuente con servicios de asesoramiento en su estado que le brindarán consejos sobre su compra del seguro complementario de Medicare y sobre la asistencia médica a través del programa estatal Medicaid.

Si su respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es “Sí”, proporcione la siguiente información:

Número del titular de la póliza/de certificado	Nombre del plan	Estado	Fecha de inicio de la cobertura más reciente / /	Tipo de póliza
Nombres de los solicitantes			Pago de la póliza hasta / /	
Número del titular de la póliza/de certificado	Nombre del plan	Estado	Fecha de inicio de la cobertura más reciente / /	Tipo de póliza
Applicant Names			Date Policy Paid Through / /	



Sección K: Historia clínica de cada miembro de la familia (IMPORTANTE: Esta sección tiene dos pasos)

PASO 1: Debe responder todas las preguntas o le devolveremos la solicitud.

EN EL PASO 2, PROPORCIONE INFORMACIÓN COMPLETA EN TODAS LAS CASILLAS SELECCIONADAS, EXCEPTO EN LAS CASILLAS QUE COMIENZAN CON “NINGÚN”, DE LAS PREGUNTAS 1 A 14 QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN.

Cuando responda las preguntas de esta solicitud de inscripción, la información que proporcione para cada persona debe ser información sobre esa persona solamente, y no se debe incluir ninguna información genética. La información genética incluye antecedentes médicos familiares e información relacionada con pruebas genéticas, servicios genéticos o asesoramiento genético que haya recibido esa persona, o enfermedades genéticas que esa persona podría contraer. Todas las respuestas relativas a una persona se considerarán solamente para esa persona y se aplicarán a esta.

AVISO: Debe proporcionar, en la medida de sus capacidades, respuestas verdaderas y completas a las siguientes preguntas. Confiamos en la información que nos proporciona para determinar si reúne los requisitos para la cobertura. Si no está seguro sobre la afección médica que padece actualmente, le recomendamos que consulte con su(s) médico(s) anterior(es) o actual(es) para que le aclaren cuál es su afección específica. Tenemos el derecho de analizar todos sus expedientes médicos para corroborar la precisión de la información durante los primeros 24 meses en los que recibe la cobertura. Sin embargo, no asuma que revisaremos todos sus expedientes médicos antes de aprobar su solicitud. Si le proporcionamos la cobertura y luego descubrimos acciones, prácticas u omisiones que se consideren fraude o declaraciones falsas intencionales de hechos importantes, podemos rescindir su cobertura, incluso luego de haberla proporcionado. Esto significa que podría perder los beneficios médicos, incluida la cobertura del tratamiento que ya recibió. La rescisión se puede producir incluso si revisamos sus expedientes médicos o solicitamos confirmación médica de su información de salud al procesar la solicitud. Incluso si actualmente tiene una cobertura de seguro de salud o si tuvo una cobertura previa con Anthem Blue Cross and Blue Shield, debe brindar toda la información y contestar todas las preguntas sobre la historia clínica.

TENGA EN CUENTA que las preguntas sobre la historia clínica se aplican a CUALQUIER consejo médico, diagnóstico, atención médica o tratamiento que usted haya recibido, o que un proveedor de atención de la salud le haya recomendado que reciba para tratar cualquiera de las afecciones que se detallan.

1. Problemas de huesos, articulaciones y músculos

En los últimos CINCO años, ¿algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?

- A. Artritis (osteoartritis, artritis reumatoide o de otro tipo)
- B. Problemas en tendones, discos, músculos, cuello, espalda
- C. Bursitis
- D. Gota
- E. Fibromialgia
- F. Osteopenia
- G. Espondilitis anquilosante
- H. Osteoporosis
- I. Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ)
- J. Otros problemas de huesos, articulaciones y músculos
- K. **NINGÚN problema de huesos, articulaciones ni músculos**

2. Problemas cerebrales y nerviosos

En los últimos CINCO años, ¿algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?

- A. Dolores de cabeza que requieren medicamentos recetados
- B. Migrañas
- C. Esclerosis múltiple (MS)
- D. Enfermedad de Alzheimer o demencia
- E. Distrofia muscular
- F. Enfermedad de Parkinson
- G. Parálisis
- H. Ataques o convulsiones
- I. Lesiones en la cabeza
- J. Accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio (TIA)
- K. Otros problemas cerebrales y nerviosos
- L. **NINGÚN problema cerebral ni nervioso**

3. Problemas pulmonares o respiratorios

En los últimos CINCO años, ¿algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?

- A. Asma
- B. Bronquitis
- C. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- D. Fibrosis quística
- E. Enfisema
- F. Neumonía
- G. Apnea del sueño
- H. Tuberculosis
- I. Otros problemas pulmonares o respiratorios
- J. **NINGÚN problema pulmonar ni respiratorio**

4. Cáncer, quistes o tumores

¿Algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?:

- A. Cáncer
- B. Células basales
- C. Célula escamosa
- D. Melanoma
- E. Pólipo o papiloma
- F. Quiste, crecimiento, bulto, masa o tumor
- G. Otro tipo de cáncer, quistes o tumores
- H. **NINGÚN tipo de cáncer, quistes ni tumores**



Sección K: Historia clínica de cada miembro de la familia (IMPORTANTE: Esta sección tiene dos pasos) (continuación)

5. Trastornos del desarrollo o congénitos (de nacimiento)

En los últimos CINCO años, ¿algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?

- A. Autismo
- B. Parálisis cerebral
- C. Paladar hendido o labio leporino
- D. Retraso mental
- E. Otros trastornos del desarrollo o congénitos (de nacimiento)
- F. **NINGÚN trastorno del desarrollo ni congénito**

6. Trastornos de garganta, nariz, oídos y ojos

En los últimos CINCO años, ¿algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?

- A. Alergias, incluida la rinitis alérgica y la rinitis
- B. Cataratas
- C. Retina desprendida
- D. Tabique nasal desviado o pólipos
- E. Infecciones del oído (más de 2 en los últimos 12 meses)
- F. Infecciones sinusales (más de 2 en los últimos 12 meses)
- G. Infecciones oculares que no sean conjuntivitis
- H. Glaucoma
- I. Pérdida de la audición o implantes cocleares
- J. Problemas en las amígdalas o adenoides
- K. Otros problemas de garganta, nariz, oídos y ojos
- L. **NINGÚN problema de garganta, nariz, oídos ni ojos**

7. Problemas de vejiga o renales

En los últimos CINCO años, ¿algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?

- A. Infecciones en la vejiga
- B. Pielonefritis o infección renal
- C. Insuficiencia renal
- D. Diálisis
- E. Cálculos renales
- F. Problemas o infecciones del tracto urinario
- G. Otros problemas de vejiga o renales
- H. **NINGÚN problema de vejiga ni renal**

8. Problemas de salud del comportamiento, emocionales, mentales o nerviosos

En los últimos CINCO años, ¿algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?

- A. Abuso de alcohol
- B. Abuso de drogas
- C. Trastorno de déficit de atención (ADD/ADHD)
- D. Trastorno bipolar
- E. Trastorno obsesivo-compulsivo
- F. Depresión
- G. Ansiedad
- H. Trastornos alimentarios
- I. Trastorno de pánico
- J. Esquizofrenia
- K. Otros problemas de salud mental
- L. **NINGÚN problema de salud del comportamiento, emocional, mental ni nervioso**

9. Problemas en el sistema reproductor femenino y masculino

En los últimos CINCO años, ¿algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?:

- A. Quiste en un ovario o problemas en los ovarios
- B. Fibromas uterinos
- C. Endometriosis o enfermedad inflamatoria pélvica
- D. Infertilidad (dificultades para quedar embarazada o fertilización in vitro)
- E. Papanicolaou o mamografía anormales
- F. Enfermedad de transmisión sexual como el HPV (virus del papiloma humano)
- G. Herpes o verrugas genitales o anales
- H. Impotencia o disfunción eréctil
- I. Trastornos testiculares
- J. Problemas de próstata
- K. Otros problemas reproductivos femeninos o masculinos
- L. **NINGÚN problema reproductivo masculino o femenino**

10. Problemas cardíacos, sanguíneos y de los vasos sanguíneos

En los últimos CINCO años, ¿algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?

- A. Anemia
- B. Anemia de células falciformes
- C. Hemofilia
- D. Leucemia
- E. Soplo cardíaco o latidos cardíacos irregulares
- F. Aneurisma
- G. Angina (dolor en el pecho)
- H. Coágulos de sangre o flebitis
- I. Enfermedades cardíacas o ataque cardíaco
- J. Enfermedad o trastorno de la válvula cardíaca
- K. Presión sanguínea alta (hipertensión)
- L. Colesterol alto o triglicéridos
- M. Enfermedad de Raynaud
- N. Várices
- O. Marcapasos
- P. Otros problemas cardíacos, sanguíneos o de los vasos sanguíneos
- Q. **NINGÚN problema cardíaco, sanguíneo ni de los vasos sanguíneos**



Sección K: Historia clínica de cada miembro de la familia (IMPORTANTE: Esta sección tiene dos pasos) (continuación)

11. Problemas metabólicos, del sistema inmunológico y endocrinos

En los últimos CINCO años, ¿algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?

- A. VIH, sida o complejo relacionado con el sida
- B. Diabetes o nivel alto de azúcar
- C. Trastornos hormonales o de las hormonas de crecimiento
- D. Lupus o LES (lupus eritematoso sistémico)
- E. Trastornos tiroideos o de médula
- F. Esclerodermia
- G. Enfermedad de Gaucher
- H. Otros problemas metabólicos, del sistema inmunológico y endocrinos
- I. **NINGÚN problema metabólico, del sistema inmunológico ni endocrinos**

12. Problemas en la piel

En los últimos CINCO años, ¿algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?

- A. Acné
- B. Psoriasis
- C. Rosácea
- D. Eczema o dermatitis
- E. Infecciones fúngicas
- F. Lesiones cutáneas recurrentes o sin cura (herpes)
- G. Queratosis
- H. Quemaduras graves
- I. Culebrilla
- J. Otros trastornos de la piel
- K. **NINGÚN problema de la piel**

13. Problemas estomacales, intestinales y hepáticos

En los últimos CINCO años, ¿algún solicitante fue diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones o recibió tratamiento por alguna de ellas?

- A. Colitis
- B. Diarrea crónica
- C. Síndrome de intestino irritable (IBS)
- D. Pólipos de colon
- E. Enfermedad de Crohn
- F. Cálculos biliares o trastorno de la vesícula biliar
- G. Diverticulitis o diverticulosis
- H. GERD (reflujo gastroesofágico o reflujo ácido)
- I. Hemorroides
- J. Hepatitis A
- K. Hepatitis B
- L. Hepatitis C, D o E
- M. Hepatitis: tipo desconocido
- N. Hernia
- O. Ictericia
- P. Enfermedad del hígado/cirrosis
- Q. Pancreatitis
- R. Úlceras
- S. Cirugía por obesidad
- T. Constipación
- U. Otros problemas estomacales, intestinales o hepáticos
- V. **NINGÚN problema estomacal, intestinal ni hepático**

14. Problemas o síntomas inexplicables en el último año

En los últimos 12 MESES, ¿algún solicitante tuvo alguno de los siguientes signos o síntomas y NO acudió a un médico u otro proveedor de atención de la salud?

- A. Dolor de pecho
- B. Mareos
- C. Desmayos/desvanecimientos
- D. Dolor en la espalda, el abdomen (estómago) o la pelvis
- E. Entumecimiento o picazón en las extremidades
- F. Sangrado anormal o recurrente (no relacionado con la menstruación)
- G. Falta de aire o dificultad para respirar
- H. Bulto o crecimiento inexplicable
- I. Cansancio que no desaparece
- J. Pérdida de peso de más de 10 libras por razones ajenas a un programa para perder peso
- K. **NINGÚN problema o síntoma inexplicable**



Sección K: Historia clínica de cada miembro de la familia (IMPORTANTE: Esta sección tiene dos pasos) (continuación)

PASO 1 (continuación) - *Debe responder todas las preguntas o le devolveremos la solicitud.*

EN EL PASO 2, PROPORCIONE INFORMACIÓN COMPLETA EN CUALQUIER PREGUNTA SOBRE EL ESTILO DE VIDA O EN CUALQUIER OTRA PREGUNTA DE LA 15 A LA 24 A LA QUE RESPONDA “SÍ”.

Preguntas sobre el estilo de vida

Consumo de tabaco

SÍ NO

15. a) En los últimos **12 MESES**, ¿algún solicitante consumió productos del tabaco o productos para dejar de fumar? Solicitante
Cónyuge o pareja doméstica
b) Si fueron cigarrillos, ¿ha fumado 40 o más por día? Solicitante
Cónyuge o pareja doméstica

Abuso de alcohol y drogas

SÍ NO

16. ¿Algún solicitante **alguna vez** utilizó drogas ilegales o un médico u otro proveedor para la atención de la salud le aconsejó suspender o disminuir el consumo de alcohol o drogas?

Otras preguntas

SÍ NO

17. ¿Algún solicitante es candidato para recibir o es receptor de un trasplante de órganos o de médula ósea?
18. ¿Alguno de los solicitantes está embarazada (incluye prueba de embarazo positiva), es un futuro padre o está en el proceso de adopción o alquiler de vientre?
19. Durante los últimos **CINCO** años, ¿algún solicitante ha tenido implantes de senos u otros implantes, dispositivos de fijación interna (pins, barras, tornillos, placas), reemplazo de articulaciones, dispositivo protésico, dispositivo de control, desfibrilador, marcapasos, reemplazo de la válvula cardíaca, derivación, estent o neuroestimulador?
20. Durante los últimos **12 MESES**, ¿se trató o se evaluó a algún solicitante en una sala de emergencias o recibió atención urgente por trastornos **que no sean** gripe, infección de oídos, embarazo, infección urinaria, urticaria, o por un esguince/distensión que se solucionó en menos de un mes? ..
21. Durante los últimos **CINCO** años, ¿algún solicitante recibió tratamiento o se sometió a una cirugía en un hospital o centro para pacientes externos **que no sean** parto, fractura de un solo hueso de la mano, pie, brazo o parte inferior de la pierna, reparación de hernias, histerectomía, inserción de tubos en los oídos de un niño, amigdalectomía, ligadura de trompas, vasectomía, extirpación del apéndice o extirpación de la vesícula biliar, y el procedimiento tuvo lugar hace más de 3 meses sin tratamiento actual?
22. ¿Algún proveedor de atención de la salud le aconsejó a algún solicitante que se realizara pruebas, exámenes, evaluaciones, tratamiento, terapia o cirugía que todavía no ha finalizado?
23. Durante los últimos **12 MESES**, ¿algún solicitante obtuvo una receta o tomó un medicamento recetado **que no sean** anticonceptivos para el control de la natalidad, medicamentos para la tiroides o antibióticos a corto plazo (10 días o menos)?
24. Durante los últimos **TRES** años, ¿algún solicitante fue condenado por conducir bajo la influencia de alcohol o drogas dos o más veces?



Sección K: Historia clínica de cada miembro de la familia (IMPORTANTE: Esta sección tiene dos pasos) (continuación)

PASO 2

Medicamentos recetados

Enumere **TODOS** los medicamentos que los solicitantes mencionados en esta solicitud tomaron durante los últimos 12 MESES. Utilice una hoja adicional si es necesario. El solicitante principal debe firmar y fechar todas las páginas adicionales.

Nombre del solicitante	Medicamento/dosis/frecuencia	Enfermedad por la que se recetó el medicamento	Fecha de receta (mm/dd/aaaa)	Fecha de interrupción (mm/dd/aaaa)	Nombre, número de teléfono del médico o del hospital
Ejemplo: Mary	Amoxicilina 250 mg 4 veces por día	Amigdalitis	08/01/2008	09/01/2008	Nombre: <u>Dr. John Doe</u> Teléfono: <u>555-555-1000</u>
					Nombre: _____ Teléfono: _____
					Nombre: _____ Teléfono: _____
					Nombre: _____ Teléfono: _____
					Nombre: _____ Teléfono: _____
					Nombre: _____ Teléfono: _____

Marque la casilla si utilizó hojas adicionales para completar esta sección.

Historia clínica

A continuación proporcione información completa según todas las casillas seleccionadas, excepto las casillas que comienzan con "ningún", de las preguntas 1 a 14 y según todas las preguntas sobre el estilo de vida y otras preguntas a las que respondió "SÍ" (vea el ejemplo a continuación). Si no brinda detalles completos demorará el proceso de la solicitud. Utilice una hoja adicional si es necesario. El solicitante principal debe firmar y fechar todas las páginas adicionales.

Pregunta número	Nombre del paciente	Nombre del hospital, clínica o persona que brinda atención	Diagnóstico y tratamiento específicos	Nombre, dosis del medicamento y fechas de uso		Duración del trastorno		¿Se realizó una cirugía?		Descripción de la cirugía/los procedimientos y fecha(s) (mm/aaaa)	Aún en tratamiento
				Inicio (mm/aaaa)	Finalización (mm/aaaa)	Inicio (mm/aaaa)	Finalización (mm/aaaa)	SÍ	NO		
Ejemplo: N.º 6	Mary	Dr. Joe Doe	Amigdalitis	Amoxicilina 250 mg 4 veces por día		08/2008	09/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalectomía 09/2008	<input type="checkbox"/>
				08/2008	09/2008						
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Marque la casilla si utilizó hojas adicionales para completar esta sección.



Sección L: Términos, condiciones y autorizaciones importantes (TÉRMINOS)

Lea esta sección detenidamente antes de firmar la solicitud.

Yo, el que suscribe, comprendo que conforme al plan de Anthem Blue Cross and Blue Shield que estoy solicitando, tendré menos beneficios si utilizo un hospital o un médico fuera de la red que si utilizo un hospital o un médico dentro de la red.

COBERTURA MÉDICA ACTUAL: Si tiene cobertura médica actualmente, le recomendamos que mantenga su cobertura médica y que solicite una fecha de entrada en vigencia a los 75 días de la fecha de la solicitud. Esto lo ayudará a asegurarse de que su solicitud se procese antes de abandonar su seguro actual.

ACUERDO

Al solicitar cobertura, yo, el que suscribe, acepto lo siguiente:

1. Es posible que Anthem Blue Cross and Blue Shield rechace mi solicitud. La cobertura entrará en vigencia solo cuando Anthem apruebe esta solicitud y me lo informe por escrito. Si se acepta esta solicitud, Anthem asignará, a su criterio, la fecha de entrada en vigencia de mi cobertura.
2. Aunque yo realice un pago junto con esta solicitud, ese dinero solo constituye un depósito para futuras primas si esta solicitud es aceptada. El cobro de mi cheque no significa que mi solicitud esté aprobada. Si se rechaza esta solicitud, ni Anthem ni ninguna de sus compañías afiliadas tendrán obligaciones conmigo o con terceros mencionados en dicha solicitud, salvo la de devolver el dinero que se entregó junto con la solicitud. Si no se acepta esta solicitud, no recibiré los beneficios o la cobertura de Anthem.
3. El agente de ventas no tiene autorización para prometerme cobertura ni para modificar la política de evaluación de seguro de Anthem Blue Cross and Blue Shield ni los términos de ninguna cobertura de Anthem.
4. Si el solicitante es un menor, acepto la responsabilidad legal y financiera total de la cobertura y de la información proporcionada en la presente solicitud. (Se deben enviar los documentos legales que establecen la tutela, si el adulto responsable no es el padre o la madre).
5. En ningún caso Anthem Blue Cross and Blue Shield ni ninguna de sus compañías afiliadas tendrán obligaciones con el solicitante si no se aprueba la solicitud, salvo la de devolver el dinero que se entregó junto con esta solicitud si esta solicitud no se aprueba, y tampoco debe existir ninguna cobertura ni el solicitante debe tener derecho a ningún beneficio a menos que y hasta que Anthem apruebe esta solicitud.
6. Comprendo que Anthem Blue Cross and Blue Shield puede utilizar cualquier información antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura a considerar mi solicitud, incluidas las afecciones médicas que tengan lugar luego de mi firma y antes de la fecha original de entrada en vigencia.
7. Comprendo que es obligatorio notificar inmediatamente a Anthem Blue Cross and Blue Shield, por escrito, si yo (el solicitante) o cualquier otra persona para la que se solicita cobertura recibe tratamiento médico, asesoramiento médico, atención o un diagnóstico por cualquier enfermedad, lesión o trastorno luego de la fecha en la que firme esta solicitud pero antes de la fecha de entrada en vigencia de mi cobertura o de la fecha en la que se apruebe la evaluación de seguro, lo que ocurra después. Comprendo que en dicha situación, Anthem Blue Cross and Blue Shield tiene el derecho de evaluar mi solicitud nuevamente, teniendo en cuenta la información nueva y que, como resultado, mi cobertura/la cobertura de los miembros de mi familia puede demorarse o cambiarse o, para los solicitantes de diecinueve (19) años de edad en adelante que soliciten cobertura sin derechos adquiridos y para todos los solicitantes que soliciten beneficios de planes que no son de derechos adquiridos rechazados debido a enfermedad, lesión o trastorno que se trate como un trastorno preexistente.
8. Al firmar esta solicitud, comprendo que Anthem Life Insurance Company tiene el derecho de rechazar cualquier solicitud de cobertura de vida a término y que, si lo hace, me notificará por escrito. Comprendo que si Anthem Life rechaza esta cobertura, los beneficios no serán pagaderos. Comprendo que soy responsable de leer y completar con precisión esta solicitud, y que debo comunicar mis cambios de estado. También comprendo que todas las demás condiciones de mi solicitud médica se aplican a la solicitud de seguro de vida.
9. Comprendo que mi pareja, si corresponde, solo es elegible para la cobertura si: él o ella es mi única pareja desde hace doce (12) meses o más; es mentalmente competente; tiene por lo menos 18 años de edad; no está relacionado/a conmigo de ningún modo (incluso por sangre o por adopción) que nos prohíba estar casados conforme a la ley estatal; no está casado/a o separado/a de ninguna otra persona; y es interdependiente económicamente conmigo.

Acuerdo actualizar a Anthem por escrito con cualquier historial médico adicional que se relacione con cualquiera de las preguntas anteriores y del cual tome conocimiento después de la fecha de esta solicitud, aunque antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.



Sección L: Términos, condiciones y autorizaciones importantes (TÉRMINOS) (continuación)**Rescisión de la membresía**

He proporcionado un historial completo de información sustancial que se considerará para aceptar o rechazar esta solicitud. Comprendo que si en esta solicitud se descubren acciones, prácticas u omisiones que constituyan fraude, o declaraciones falsas intencionales de hechos importantes, Anthem Blue Cross and Blue Shield puede anular mi cobertura. Esto significa que Anthem puede cancelar la membresía como si nunca hubiese existido. Además, luego de la aprobación de la membresía, si Anthem descubre acciones, prácticas u omisiones que constituyan fraude, o declaraciones falsas intencionales de hechos importantes que no se hayan proporcionado a Anthem antes de la fecha de entrada en vigencia de la póliza, el plan puede cancelar la cobertura.

Comprendo que si se cancela mi cobertura, se me enviará una notificación escrita que explique la razón de la decisión y mis derechos de apelación. Tengo la opción de enviar una solicitud nueva en el futuro para que se evalúe y considere para inscribirme. También comprendo que es posible que deba pagar las reclamaciones que se pagaron mientras era miembro y que Anthem reembolsará las sumas que pagué, excepto las sumas que le deba a Anthem. He leído y completado personalmente esta solicitud. Si me aceptan, esta solicitud se convertirá en parte del contrato entre Anthem Blue Cross and Blue Shield y mi persona. Acepto acatar los términos de ese contrato.

REQUERIMIENTO DE ARBITRAJE VINCULANTE:

COMPRENDO Y ACEPTO QUE CUALQUIERA DE LAS DISPUTAS ENTRE ANTHEM Y MI PERSONA SE RESUELVAN MEDIANTE ARBITRAJE VINCULANTE, SI LA SUMA DE LA DISPUTA SUPERA EL LÍMITE JURISDICCIONAL DE LOS TRIBUNALES DE DEMANDAS DE MENOR CUANTÍA. BAJO ESTE REQUERIMIENTO DE ARBITRAJE VINCULANTE, ANTHEM Y MI PERSONA RENUNCIAMOS AL DERECHO CONSTITUCIONAL DE DIRIMIR LA DISPUTA ANTE UN TRIBUNAL DE JUSTICIA POR JURADO.

ANTES DE COMENZAR EL ARBITRAJE, LA PARTE QUE BUSCA ARBITRAJE DEBE HABER AGOTADO TODOS LOS NIVELES DE APELACIÓN Y REVISIÓN ESTABLECIDOS EN EL CERTIFICADO. CUALQUIER ARBITRAJE SE REGISTRARÁ POR LOS PROCEDIMIENTOS Y LAS REGLAS ESTABLECIDAS POR LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE ARBITRAJE. LA LEY DEL ESTADO EN EL QUE SE EMITIÓ LA PÓLIZA Y SE ENTREGÓ AL TITULAR DE LA PÓLIZA REGISTRARÁ LA DISPUTA. LA DECISIÓN DEL ARBITRAJE ES VINCULANTE ENTRE ANTHEM Y MI PERSONA. LA DECISIÓN TOMADA EN EL ARBITRAJE PUEDE CUMPLIRSE O REVISARSE EN CUALQUIER TRIBUNAL CON LA JURISDICCIÓN APROPIADA. EN CASO DE QUE CUALQUIER PERSONA SUJETA A ESTA CLÁUSULA DE ARBITRAJE INICIE ACCIONES LEGALES DE CUALQUIER TIPO, LA OTRA PARTE PUEDE SOLICITAR UN TRIBUNAL CON JURISDICCIÓN COMPETENTE PARA PROHIBIR, SUSPENDER O DESESTIMAR CUALQUIER ACCIÓN Y ORDENAR QUE LAS PARTES ARBITREN SEGÚN ESTA DISPOSICIÓN. EL MEDIADOR DETERMINARÁ QUÉ DISPUTAS ESTÁN SUJETAS A ESTA CLÁUSULA DE ARBITRAJE.

Si el solicitante no lee inglés, el traductor debe firmar y enviar una declaración de responsabilidad de traducir la solicitud en su totalidad (ver sección N).

AVISO:

Al firmar este contrato, usted acepta que **TODAS** las disputas en contra de Anthem Blue Cross and Blue Shield se resolverán mediante arbitraje neutral y renuncia a su derecho a dirimir cualquier disputa ante un jurado O TRIBUNAL DE JUSTICIA en caso de mala praxis médica y cualquier otra disputa. *Firmas obligatorias.*

IMPORTANTE: TODOS LOS SOLICITANTES DE 18 AÑOS DE EDAD EN ADELANTE DEBEN LEER, ACEPTAR, FIRMAR Y FECHAR PERSONALMENTE ESTA SOLICITUD.

FIRME AQUÍ	Nombre del solicitante en letra de imprenta	Firma del solicitante* o del representante legal X	Fecha de nacimiento / /	Fecha de firma / /
	Nombre del cónyuge o de la pareja en letra de imprenta	Firma del cónyuge, de la pareja o del representante legal X	Fecha de nacimiento / /	Fecha de firma / /
	Nombre del hijo dependiente mayor de 18 años en letra de imprenta	Firma del hijo dependiente mayor de 18 años X	Fecha de nacimiento / /	Fecha de firma / /
	Nombre del hijo dependiente mayor de 18 años en letra de imprenta	Firma del hijo dependiente mayor de 18 años X	Fecha de nacimiento / /	Fecha de firma / /

* (o la firma del padre o de la madre con custodia o del tutor designado si el solicitante es menor de 18 años).



Sección M: Autorización para el uso de información de salud protegida

Todas las siguientes personas deben firmar la siguiente autorización si están solicitando cobertura o cambiando la cobertura existente:

- el solicitante;
- el cónyuge o la pareja del solicitante; y
- cualquier hijo dependiente de 18 años o mayor.

Si la autorización no está firmada por todas las personas mencionadas anteriormente que solicitan cobertura, es posible que se devuelva la solicitud como incompleta o que se actúe en consecuencia, independientemente de las personas que no hayan incluido sus firmas. Esta autorización vence a los 24 meses posteriores a la aceptación de cobertura de parte de Anthem Blue Cross and Blue Shield, si no se la revoca antes.

Con mi firma a continuación:

Autorizo a Anthem Blue Cross and Blue Shield, o a un agente, subsidiario o afiliado que tenga un contrato de asociación comercial con Anthem Blue Cross and Blue Shield, a obtener los expedientes médicos u otra información de la historia clínica sobre mí y sobre los miembros de mi familia mencionados en mi solicitud por parte de cualquier médico, hospital, farmacia, cualquier otro proveedor para la atención de la salud, administrador de beneficios de farmacia, plan de beneficios de salud, compañía de seguro de salud, administrador de beneficios médicos o de farmacia, agencia de informes del consumidor, MIB, Inc. (anteriormente llamada Agencia de Información Médica [MIB]), u organización de apoyo de seguros. Además autorizo a Anthem Blue Cross and Blue Shield a divulgar información de salud protegida que recopile sobre mí a la MIB, que a su vez puede volver a divulgar dicha información a otras compañías de seguro conforme al intercambio de información de la MIB.

También autorizo a cualquier médico, hospital, farmacia, proveedor para la atención de la salud, administrador de beneficios de farmacia, plan de beneficios de salud, administrador de beneficios médicos o de farmacia, agencia de informes del consumidor u organización de apoyo de seguros a proporcionar expedientes médicos o información de la historia clínica sobre mí y sobre los miembros de mi familia mencionados en mi solicitud a Anthem Blue Cross and Blue Shield, o a un agente, subsidiario o afiliado que tenga un contrato de asociación comercial con Anthem Blue Cross and Blue Shield. Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad para la cobertura y la aceptación por parte de Anthem Blue Cross and Blue Shield de la cobertura que solicito para mí y para los miembros de mi familia mencionados en mi solicitud para que pueda realizarse una determinación de cobertura con respecto a una reclamación por beneficios específicos.

Comprendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento mientras Anthem Blue Cross and Blue Shield determina la elegibilidad para la cobertura solicitada. Para hacerlo, debo entregar a Anthem Blue Cross and Blue Shield un Formulario de revocación de la autorización completo. Para obtener un Formulario de revocación de la autorización, llame al 1-877-373-9821, visite el sitio web, en www.anthem.com/co, o escriba a Anthem Blue Cross and Blue Shield, P.O. Box 9041, Oxnard, CA 93031. Si revoco esta autorización luego de haber solicitado inicialmente la cobertura, comprendo que Anthem Blue Cross and Blue Shield no me/nos considerará para la inscripción en uno de sus planes de salud evaluado por médicos. Si revoco esta autorización luego de solicitar la actualización de mi cobertura o la adición de un miembro de la familia, comprendo que no se realizará el cambio. Comprendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación de parte del receptor, y en algunos casos, es posible que ya no esté protegida por reglamentaciones federales sobre la privacidad de la información de salud.

FIRME AQUÍ	Nombre del solicitante/miembro en letra de imprenta	Firma del solicitante* o del representante legal	Fecha de firma
		X	/ /
	Nombre del cónyuge, de la pareja o del hijo dependiente de 18 años o mayor mencionado en la solicitud (en letra de imprenta)	Firma del cónyuge, de la pareja o del hijo dependiente* de 18 años de edad o mayor mencionado en la solicitud	Fecha de firma
	X	/ /	
	Nombre del hijo dependiente de 18 años o mayor mencionado en la solicitud (en letra de imprenta)	Firma del hijo dependiente* de 18 años de edad o mayor mencionado en la solicitud	Fecha de firma
	X	/ /	

*** Si los mencionó en su formulario de solicitud o cambio, su cónyuge/pareja doméstica y cada hijo dependiente de 18 años o mayor debe firmar arriba.**

Si un representante legal firma en nombre del solicitante o cónyuge o pareja, se debe adjuntar a la solicitud una copia de la autoridad del representante legal.

Una fotocopia de este formulario tendrá la misma validez que el original. Si lo solicita, usted o un representante autorizado tienen derecho a recibir una copia de esta autorización.



Sección N: Declaración de responsabilidad

Debe completarse cuando el solicitante no pueda completar la solicitud.

NOTA: El traductor debe tener 18 años de edad o más para traducir la solicitud en nombre del solicitante.

Yo, _____, he leído y completado personalmente esta solicitud de inscripción individual en representación del solicitante mencionado a continuación porque:

La solicitud es asistida por el agente.

El solicitante no lee inglés.

El solicitante no habla inglés.

El solicitante no escribe en inglés.

Otro motivo (explique): _____

He traducido el contenido de este formulario y, a mi leal saber y entender, he obtenido y proporcionado toda la información personal y médica solicitada divulgada por el: Solicitante o por _____

También he traducido y explicado por completo la sección "Términos, condiciones y autorizaciones importantes (TÉRMINOS)".

Firma del traductor (<i>obligatorio</i>): X	Fecha (<i>obligatorio</i>)
---	------------------------------

Confirmando que la solicitud se tradujo en mi nombre.

Firma del solicitante (<i>obligatorio</i>): X	Fecha (<i>obligatorio</i>)
---	------------------------------

Sección O: Certificación del agente

Debe ser completado por el agente de Anthem Blue Cross and Blue Shield que usted designe.

1. ¿Conoce información que no se incluye en esta solicitud relacionada con la salud de cualquier persona mencionada en esta solicitud y que pueda tener alguna relación con la evaluación de seguro? Sí No

2. ¿Vio al suscriptor propuesto (y al cónyuge/la pareja, si solicita cobertura) en el momento en que firmó esta solicitud? Sí No

Si la respuesta es "NO", explique: _____

3. Si no figura en la sección J de la presente solicitud, enumero en el anexo de esta solicitud otras pólizas de accidentes o enfermedades que vendí a los solicitantes en los últimos cinco años. En relación con aquellas pólizas enumeradas en el anexo, también identificaré las que estén vigentes actualmente.

4. Certifico que, a mi leal saber y entender, las respuestas en este documento son exactas.

Firma del agente X	Fecha
------------------------------	-------

Nombre del agente (en letra de imprenta)	Dirección/n.º de suite/ n.º de casilla de correo personal (PMB) del agente
--	--

N.º de identificación (TIN)	N.º de identificación del subagente	Ciudad/estado/código postal
-----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

N.º de teléfono del agente	N.º de fax del agente	Dirección de correo electrónico del agente
----------------------------	-----------------------	--

Detalle de los fondos recaudados (si se seleccionó el seguro de vida a término, no cobrar primas, se le cobrará al solicitante):

Fondos médicos totales \$ _____ + Fondos dentales totales \$ _____ = **Fondos recaudados totales \$** _____

Agente: Envíe esta solicitud a la siguiente dirección:

Anthem Blue Cross and Blue Shield
P.O. Box 9041
Oxnard, CA 93031-9041

0

Enviar por fax al (800)327-9255



Sección P: Determinación de grupo comercial autónomo de uno

Un solicitante que responda "Sí" a las siguientes cuatro preguntas y, si lo requiere Anthem Blue Cross and Blue Shield, que pueda documentar sus respuestas, cumple con la definición legal de "grupo comercial autónomo de uno" en Colorado:

1. ¿Es usted trabajador autónomo sin empleados o empresario individual que no ofrece ni patrocina cobertura de atención de la salud a sus empleados?
2. ¿Llevó una actividad comercial importante como trabajador autónomo o empresario individual por un período de por lo menos un año antes de solicitar la cobertura?
3. ¿Tiene ingresos brutos de su trabajo autónomo o empresa unipersonal según lo indica el Servicio de Impuestos Internos Federales en los formularios 1040, Programa C, F o SE de este organismo, u otros formularios reconocidos para informar sus ingresos, de los cuales usted obtuvo una parte sustancial de los ingresos de su negocio como trabajador autónomo o empresario individual por un año en los últimos tres años?

Nota: "Parte sustancial de sus ingresos" significa ingresos que se obtuvieron de las actividades comerciales del grupo comercial de uno que son suficientes para pagar las primas anuales del plan de beneficios de salud del grupo comercial de uno.

4. ¿Trabaja un mínimo de 24 horas a la semana de manera permanente?

¿Puede responder "Sí" a las cuatro preguntas anteriores? Sí No

Declaración del solicitante

Yo, (escriba su nombre en letra de imprenta), _____, doy fe de que las respuestas que se incluyen en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma del solicitante X	Fecha
-----------------------------------	-------

Negocio del solicitante

Divulgación de grupo comercial de uno

Según lo exige la ley de Colorado, lea la siguiente divulgación y, si es elegible para el grupo comercial de uno, firme y escriba su nombre en letra de imprenta en los siguientes espacios.

Yo, (escriba su nombre en letra de imprenta) _____, cumpro con la definición de grupo comercial autónomo de uno como doy fe en la anterior determinación de grupo comercial autónomo de uno. Comprendo que, al comprar una póliza individual en lugar de una póliza para pequeñas empresas, abandono lo que de otra manera podría ser mi derecho a comprar, durante períodos de inscripción abierta, según lo establecido por ley, un plan de beneficios de salud básico, estándar u otro plan de beneficios de salud para pequeñas empresas para el grupo comercial de uno a una aseguradora para pequeños empleadores por un período de tres (3) años después de la fecha de entrada en vigencia del plan de beneficios de salud individual que estoy solicitando. Comprendo que este será el caso, a menos que una aseguradora para pequeños empleadores me permita voluntariamente comprar una póliza para pequeñas empresas dentro de ese período de tres años.

Comprendo que los factores utilizados para establecer las tarifas nuevas y de renovación para la póliza individual que deseo comprar consisten en un diseño del plan, el costo general de la aseguradora y las tendencias de uso, la metodología de evaluación de seguro utilizada para evaluar la cobertura individual, mi edad y un factor que refleja el costo de la atención en el lugar donde vivo. En comparación, los factores para el cálculo de tarifas que se aplicarían si yo comprara una póliza para pequeñas empresas para el grupo comercial de uno se limitan al diseño del plan, al costo general de la aseguradora y a las tendencias de uso ("tasa índice"), a mi edad, al tamaño de mi familia y a un factor que refleja el costo de la atención en el lugar donde vivo. Se me ha otorgado un formulario de descripción de planes de salud de Colorado que detalla los beneficios de los planes de beneficios de salud estándar para pequeñas empresas de Colorado. Además, se me ha entregado un formulario de descripción del plan de beneficios médicos de Colorado que estoy solicitando.

Nombre del solicitante (en letra de imprenta)	Nombre de la empresa del solicitante
Firma del solicitante X	Fecha



Aviso al solicitante acerca del reemplazo del seguro por enfermedad y accidente

De acuerdo con esta solicitud, su intención es la de cancelar o terminar su póliza actual y reemplazarla por una póliza que emitirá Anthem Blue Cross and Blue Shield. Su nueva póliza le proporcionará 30 días dentro de los cuales usted podrá decidir sin costo alguno si desea o no mantener la póliza.

Debe revisar detenidamente esta nueva cobertura. Compárela con la cobertura por enfermedad y accidente que posee actualmente. Si, luego de la debida consideración, encuentra que la compra de esta cobertura por enfermedad y accidente es una decisión sensata, debe evaluar la necesidad de tener otra cobertura por enfermedad y accidente que pueda duplicar esta póliza.

DECLARACIÓN DEL EMISOR O PRODUCTOR PARA EL SOLICITANTE:

Revisé su cobertura de seguro por enfermedad y accidente actual. A mi leal saber y entender, esta póliza por enfermedad y accidente no duplicará su cobertura actual, porque usted intenta terminarla. La póliza de reemplazo se comprará por las siguientes razones (marque una):

- Ofrece más beneficios.
- No hay cambios en los beneficios, pero las primas son más bajas.
- Ofrece menos beneficios, pero primas más bajas.
- Otro (especificar) _____

1. Es posible que las afecciones que usted tenga actualmente (trastornos preexistentes) no tengan cobertura inmediata o total según la nueva póliza para los solicitantes de diecinueve (19) años de edad en adelante que soliciten cobertura sin derechos adquiridos. Esto puede ocasionar el rechazo o una demora en las reclamaciones por beneficios según la nueva póliza, mientras que una reclamación similar podría haber sido pagadera según su póliza actual.
2. La ley estatal establece que es posible que su póliza o contrato de reemplazo no incluyan nuevos trastornos preexistentes, períodos de espera, períodos de eliminación o períodos de prueba. La entidad emisora cancelará cualquier período aplicable a los trastornos preexistentes, períodos de espera, períodos de eliminación o períodos de prueba en la nueva póliza (o cobertura) para los beneficios similares en la medida en que dicho tiempo se haya invertido (agotado) según la póliza original.
3. Si desea terminar su póliza actual y reemplazarla por una nueva cobertura, asegúrese de brindar respuestas verdaderas y completas en la solicitud en lo que respecta a su historia clínica. Si en esta solicitud se descubren acciones, prácticas u omisiones que constituyan fraude, o declaraciones falsas intencionales de hechos importantes, la compañía puede negar cualquier reclamación futura y reembolsar su prima como si su póliza nunca hubiese estado vigente. Luego de completar la solicitud y antes de firmarla, revísela detenidamente para asegurarse de que toda la información se haya registrado correctamente.

No cancele su póliza actual hasta que haya recibido su nueva póliza y se haya asegurado de que desea mantenerla.

Firma del productor o de otro representante* X	Fecha
Nombre y dirección del emisor o del productor (en letra de imprenta)	
Firma del solicitante X	Fecha

* No se requiere firma para ventas por respuesta directa.





COINDAPPSP (Rev. 9/12)

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los seguros de vida y de incapacidad son asegurados por Anthem Life Insurance Company. 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.



06-00050B 9/12

Acceso al MIB ("Medical Information Bureau")



La información sobre su asegurabilidad será considerada confidencial. Sin embargo, Anthem Blue Cross and Blue Shield o sus reaseguradores pueden presentar un informe breve sobre la misma al "Medical Information Bureau" (MIB), una organización de membresía de compañías de seguros que, sin fines de lucro, opera una central de información en nombre de sus miembros. Si usted solicita cobertura de seguro de vida o médico a otra compañía miembro de MIB o si se presenta una reclamación de beneficios a tal compañía, MIB, proporcionará a tal compañía, si lo solicita, la información que pudiera tener en sus archivos.

A solicitud de usted, MIB hará arreglos para la divulgación de cualquier información que pueda tener en el expediente de usted. Comuníquese con MIB al 866-692-6901 (TTY 866-346-3642). Si cuestiona la exactitud de la información en el archivo de MIB, puede ponerse en contacto con MIB y solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act).

La dirección de la oficina de información de MIB es:
50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree, MA 02184-8734

La información para el consumidor con respecto a MIB puede obtenerse en su página de Internet en www.mib.com.

Anthem Blue Cross and Blue Shield o sus reaseguradoras, podrían también divulgar la información contenida en sus archivos a otras compañías de seguros a las que usted pudiera solicitar seguro de vida o médico, o a las que se hayan presentado reclamaciones de beneficios.

En Colorado: Anthem Blue Cross and Blue Shield es la marca de Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos HMO asegurados por HMO Colorado, Inc. En Nevada: Anthem Blue Cross and Blue Shield es la marca de Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos HMO asegurados por HMO Colorado, Inc. dba HMO Nevada: Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. © ANTHEM es marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association. © ANTHEM es el la marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. El nombre y el símbolo Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.

