Formulario suplementario de inscripción para empleados

Anthem

BluePreferred A, I, F, J para grupos pequeños de 1-50 afiliados en Colorado

Número del grupo

Número de seguro social o de afiliado

Este formulario debe acompañar la Solicitud Uniformada para Empleados de Colorado para Planes de Beneficios de Salud para Grupos Pequeños. Complételo en tinta negra o escriba la información a máquina, usando sólo letras en mayúscula. Para evitar demoras, conteste todas las preguntas completamente, firme y feche su solicitud y devuélvala a su empleador.

1a. Cobertura médica...pregunte a su empleador cuáles planes de salud están disponibles, y marque su selección:

- ☐ BluePreferred Plan A
- ☐ BluePreferred Plan I
- ☐ BluePreferred Plan F
- ☐ BluePreferred Plan J

Otro plan

1b. Cobertura dental...pregunte a su empleador cuáles planes dentales están disponibles, y marque su selección:

- ☐ Anthem Blue Dental PPO Option 1
- ☐ Anthem Blue Dental PPO Option 1 con ortodoncia
- ☐ Anthem Blue Dental PPO Option 2
- ☐ Anthem Blue Dental PPO Option 3
- ☐ Anthem Blue Dental PPO Option 3 con ortodoncia
- ☐ Anthem Blue Dental PPO Option 4
- ☐ Anthem Blue Dental PPO Plus Option 1
- ☐ Anthem Blue Dental PPO Plus Option 1 con ortodoncia
- ☐ Anthem Blue Dental PPO Plus Option 2
- ☐ Anthem Blue Dental PPO Plus Option 3
- ☐ Anthem Blue Dental PPO Plus Option 3 con ortodoncia
- ☐ Anthem Blue Dental PPO Plus Option 4

Otro

1c. Cobertura de la vista...pregunte a su empleador cuáles planes de la vista están disponibles, y marque su selección:

☐ Blue View O ☐ Blue View Plus

1d. Cobertura de seguro de vida y discapacidad...pregunte a su empleador cuál(es) cobertura(s) se ofrecen, y marque su(s) selección(es):

- ☐ Seguro de vida y AD&D (muerte accidental y desmembramiento)
- ☐ Seguro de vida para dependientes
- ☐ Discapacidad a corto plazo
- ☐ Discapacidad a largo plazo
- ☐ Paquete de protección (Protection*Pack*)
- ☐ Seguro de vida suplementario (seleccione uno): ☐ $15,000 ☐ $25,000 ☐ $50,000 ☐ $100,000

Nombre del beneficiario principal	Relación	Número de seguro social	Porcentaje*
Nombre del beneficiario principal	Relación	Número de seguro social	Porcentaje*
Nombre del beneficiario contingente	Relación	Número de seguro social	Porcentaje**
Nombre del beneficiario contingente	Relación	Número de seguro social	Porcentaje**

***Si elige varios beneficiarios Principales, el total debe sumar 100%**

****Si elige varios beneficiarios Contingentes, el total debe sumar 100%**

Use una hoja separada, si es necesario, para indicar beneficiarios adicionales.

2. Información del empleado...proporcione la información necesaria para procesar su solicitud (debe completarla el empleado):

Razón por la cual presenta la solicitud:

☐ Nueva inscripción ☐ Cambio de cobertura ☐ Cambio de PCP ☐ Cambio de beneficiario ☐ Cambio de información personal

☐ COBRA: Evento calificante _____ Fecha de Vigencia _____

Apellido	Nombre de pila	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social o de afiliado

Anthem Blue Cross and Blue Shield es la compañía matriz de HMO Colorado, Inc.
Concesionarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem Blue Cross and Blue Shield es la marca comercial de Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos de seguro de vida y por discapacidad son asegurados por Anthem Life Insurance Company.
® Marcas registradas Blue Cross and Blue Shield Association.

Número de seguro social o de afiliado

3. Rechazo *...complete esta sección sólo si desea rechazar cobertura(s) para usted y/o dependiente(s) cubierto(s):*

Tipo de cobertura:	Rechazado para:		Please write in "A", "B", "C", etc. per the list below to identify reason for declining (proof of other coverage may be required).
Plan dental	☐ Uno mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo(s)		A Cubierto por otro plan de grupo; la aseguradora y la identificación son: _____
Plan de la vista	☐ Uno mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo(s)		B Cubierto por una póliza individual; la aseguradora y la identificación son: _____
Seguro de vida	☐ Uno mismo ☐ Dependiente(s)		C Cubierto por seguro de servicio militar D No tengo otra cobertura de seguro y no me interesa
Discapacidad	☐ Uno mismo ☐ Dependiente(s)		E Otro: _____

ENTIENDO QUE:

- Si rechazo la cobertura de salud conforme a una póliza PPO y no tengo otra cobertura de salud de grupo o individual en este momento, mi(s) dependiente(s) y yo podemos inscribirnos como participante(s) tardío(s), sujeto a un período de espera de 18 meses por condiciones preexistentes.
- Si no acepto la cobertura de salud para mí y/o mi(s) dependiente(s) (incluyendo a mi cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico de grupo o individual, es posible que pueda inscribirme en este plan yo y/o mi(s) dependiente(s) más adelante, siempre y cuando pida la inscripción dentro de 31 días después de una circunstancia calificadora. Además, si tengo un nuevo dependiente por razones de matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirme yo y mi(s) dependiente(s), siempre y cuando pida la inscripción dentro de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.
- Puede que se me exija presentar información adicional a pedido.
- Si rechazo la cobertura de seguro de vida y/o discapacidad por cualquier razón, mi(s) dependiente(s) y yo podremos inscribirnos en el futuro como participantes tardíos solamente si presentamos evidencia satisfactoria de asegurabilidad.

Certifico por la presente que se me ha dado la oportunidad de participar en el(los) plan(es) de seguro de grupo de mi empleador suscrito(s) por la(s) compañía(s) indicada(s) en esta solicitud de inscripción. Se me ha explicado el plan, y rechazo participar.

X_____ _____

Firma del empleado si rechaza la cobertura para sí mismo/dependiente(s) Fecha

4. Autorización *...La autorización siguiente debe ser firmada por TODOS LOS EMPLEADOS que soliciten cobertura:*

SOLICITO COBERTURA DE SEGURO DE VIDA Y/O DISCAPACIDAD: Entiendo que presento esta solicitud a Anthem Life Insurance Company y que si corresponde una o varias de las siguientes circunstancias, Anthem Life utilizará la información del historial médico en mi Solicitud Uniformada para Empleados de Colorado para Planes de Beneficios de Salud para Grupos Pequeños para determinar si se me ofrecerá el seguro de vida y/o discapacidad: 1) la fecha de esta solicitud es más de treintaiún (31) días después de mi fecha de elegibilidad para la cobertura; 2) el monto de la cobertura de seguro de vida a término que estoy pidiendo supera el límite de emisión garantizado; 3) estoy pidiendo cobertura de discapacidad a largo plazo y mi empleador tiene menos de 6 empleados inscritos. Entiendo que si no estoy trabajando activamente en la fecha en que mi seguro vaya a entrar en vigencia, el seguro no estará vigente hasta que yo vuelva al trabajo activo.

Firma del empleado (si solicita cobertura de seguro de vida y/o discapacidad): X _____

Entiendo que la cobertura que estoy pidiendo está sujeta a requisitos de elegibilidad. Reconozco que he leído todas las secciones de esta solicitud, incluyendo la información en las páginas posteriores, y certifico que concuerdo con todos los asuntos cubiertos en las mismas. También reconozco que toda la información provista en esta solicitud es completa y correcta a mi más leal saber y entender. Entiendo y concuerdo con que esta solicitud pasará a formar parte del contrato entre Anthem Blue Cross and Blue Shield, Anthem Life y/o HMO Colorado y yo.

Firma del empleado	Fecha	Firma del cónyuge (si pide cobertura)	Fecha