



# Formulario complementario de inscripción del empleado

## EmployeeElect para grupos pequeños (de 1 a 50 empleados)

Número de grupo

Este formulario se adjuntará a la *Solicitud uniforme de empleados de Colorado para planes de beneficios médicos para grupos pequeños*. Complete el formulario con tinta negra o máquina de escribir en letras mayúsculas. Para evitar demoras, responda todas las preguntas por completo, firme y feche su solicitud, y devuélvala a su empleador.

N.º de seguro social o de miembro

### 1a. Cobertura médica. Consulte con su empleador qué planes médicos están disponibles y marque su opción.

- |  |   |  |                                       |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Premier PPO con copago de \$15                | <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 2,000/100*     | <input type="checkbox"/> Classic HMO   | <input type="checkbox"/> PPO Basic    |
| <input type="checkbox"/> Premier PPO con copago de \$25                | <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 3,000/100*     | <input type="checkbox"/> Classic HMOSelect                                       | <input type="checkbox"/> PPO Standard |
| <input type="checkbox"/> PPO con copago de \$25 (deducible de \$2,000) | <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 5,000/100*     | <input type="checkbox"/> HMOSelect con copago de \$40 (deducible de 1,000)       | <input type="checkbox"/> HMO Basic    |
| <input type="checkbox"/> PPO con copago de \$30 (deducible de \$500)   | <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 2,000/80*      | <input type="checkbox"/> HMOSelect con copago de \$45 GenRx (deducible de 1,500) | <input type="checkbox"/> HMO Standard |
| <input type="checkbox"/> PPO con copago de \$30 (deducible de \$3,000) | <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 3,000/80*      |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> PPO con copago de \$40 (deducible de \$500)   | <input type="checkbox"/> Lumenos HIA Plus 2,000/100 |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> PPO con copago de \$40 (deducible de \$5,000) | <input type="checkbox"/> Lumenos HIA Plus 3,000/100 |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> PPO GenRx con copago de \$35                  |   |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> PPO GenRx con copago de \$45                  |   |  |                                       |

\* Confirme con su empleador qué fideicomisario de HSA se eligió.

Otro plan:

### 1b. Cobertura dental. Consulte con su empleador qué planes dentales están disponibles y marque su opción.

- |                                   |                                    |                                    |                                    |                                    |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Anthem Dental</b>              |                                    |                                    |                                    | <b>Anthem Voluntary Dental</b>     | <b>Red de Anthem Dental</b>        |
| <input type="checkbox"/> Opción 1 | <input type="checkbox"/> Opción 6  | <input type="checkbox"/> Opción 14 | <input type="checkbox"/> Opción 19 | <input type="checkbox"/> Opción 8  | <input type="checkbox"/> Principal |
| <input type="checkbox"/> Opción 2 | <input type="checkbox"/> Opción 7  | <input type="checkbox"/> Opción 15 | <input type="checkbox"/> Opción 20 | <input type="checkbox"/> Opción 9  | <input type="checkbox"/> Completo  |
| <input type="checkbox"/> Opción 3 | <input type="checkbox"/> Opción 11 | <input type="checkbox"/> Opción 16 | <input type="checkbox"/> Opción 21 | <input type="checkbox"/> Opción 10 |                                    |
| <input type="checkbox"/> Opción 4 | <input type="checkbox"/> Opción 12 | <input type="checkbox"/> Opción 17 | <input type="checkbox"/> Opción 22 |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> Opción 5 | <input type="checkbox"/> Opción 13 | <input type="checkbox"/> Opción 18 | <input type="checkbox"/> Opción 23 |                                    |                                    |

Otro plan:

### 1c. Cobertura de visión. Consulte con su empleador qué planes de visión están disponibles y marque su opción.

- Blue View    0     Blue View Plus

### 1d. Cobertura de seguro de vida y discapacidad. Consulte con su empleador qué coberturas se ofrecen y marque sus opciones.

- |   |   |   |                                    |
|---|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida y AD&D            | <input type="checkbox"/> Discapacidad a corto plazo | <input type="checkbox"/> Seguro de vida complementario, seleccione uno: |                                    |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida para dependientes | <input type="checkbox"/> Discapacidad a largo plazo | <input type="checkbox"/> \$15,000                                       | <input type="checkbox"/> \$25,000  |
|   |   | <input type="checkbox"/> \$50,000                                       | <input type="checkbox"/> \$100,000 |

Nombre del beneficiario principal	Vínculo	N.º de seguro social	Porcentaje*
Nombre del beneficiario principal	Vínculo	N.º de seguro social	Porcentaje*
Nombre del beneficiario contingente	Vínculo	N.º de seguro social	Porcentaje**
Nombre del beneficiario contingente	Vínculo	N.º de seguro social	Porcentaje**

\* Si elige varios beneficiarios principales, el total debe sumar 100%.

De ser necesario, utilice una hoja aparte para la lista de beneficiarios adicionales.

\*\* Si elige varios beneficiarios contingentes, el total debe sumar 100%.

## 2. Información del empleado. Proporcione la información necesaria para procesar su solicitud (debe ser completada por el empleado).

Motivo para completar la solicitud:

- Inscripción nueva     Cambio de cobertura     Cambio de PCP     Cambio de beneficiario     Cambio de información personal     Finalización de cobertura
- COBRA: evento que lo califica \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia \_\_\_\_\_
- Otro: evento que lo califica \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia \_\_\_\_\_

Apellido	Nombre	Inicial 2.º nombre	N.º de seguro social o de miembro
----------	--------	--------------------	-----------------------------------

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Productos de HMO asegurados por HMO Colorado, Inc. Seguros de vida y discapacidad otorgados por Anthem Life Insurance Company. Concesionarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. © ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.



## 5. Autorización, aviso y declaraciones del empleado para la cobertura de seguro de vida y/o discapacidad

Mi firma en la página 2 de esta solicitud indica mi conformidad con la autorización que figura a continuación.

Entiendo que Anthem Life puede recopilar información personal sobre mí de fuentes externas y que la información tanto personal como confidencial se puede divulgar a terceros externos sin mi autorización solamente si dicha divulgación está permitida por la legislación federal o estatal aplicable.

Entiendo también que, conforme a la legislación federal y estatal aplicable, tengo derecho a ver y corregir la información personal que Anthem Life recopile acerca de mí y que puedo recibir una descripción más detallada de mis derechos conforme a estas leyes si lo solicito por escrito a Anthem Life.

Con el propósito de evaluar mi declaración de salud para la cobertura de Anthem Life, por medio del presente documento, autorizo a cualquier médico licenciado o profesional de la medicina; hospital, clínica u otro centro médico o relacionado con la medicina; o compañía de seguros; y a la Agencia de Información Médica (MIB) u otra organización, institución o persona que tenga algún registro o conocimiento de mí, de mi salud, de mi familia o de la salud de los miembros de mi familia que se incluyen en esta declaración, a dar a Anthem Life o sus reaseguradores tal información. También autorizo a Anthem Life o a sus reaseguradores a divulgar cualquier información relacionada con mi persona o mi salud, o la de los miembros de mi familia que se incluyen en esta solicitud de seguro, a la MIB u otras compañías de seguros de vida de las que tengo pólizas o a las que pueda solicitar una póliza, y a otros aseguradores a quienes se pueda presentar una reclamación de beneficios. Entiendo que Anthem Life usará esta información para determinar la elegibilidad para la cobertura de seguro. Esta información incluye cualquier registro o conocimiento sobre antecedentes clínicos, incluida la información contenida en dichos registros relacionada con servicios confidenciales, como salud mental, psiquiatría, abuso de sustancias y salud reproductiva, e información acerca del virus VIH o el SIDA, enfermedades de transmisión sexual u otras enfermedades transmisibles. Esto incluye, entre otros, todos los registros de visitas a consultorios médicos, exámenes, tratamientos, evaluaciones, diagnósticos y pruebas de laboratorio, informes, consultas, registros hospitalarios, registros de tratamiento por abuso de sustancias, asesoramiento psiquiátrico, notas, correspondencia, información de seguros y de facturación de tratamientos o servicios prestados por cualquier proveedor. Con el propósito de procesar esta solicitud, esta autorización tendrá validez a partir de la fecha de su firma y por un período de 30 meses, y una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que puedo solicitar una fotocopia. Con el propósito de procesar una reclamación conforme a esta cobertura, esta autorización tendrá validez durante el lapso de la reclamación.

Certifico que he leído, o que se me ha leído, la declaración de salud completa y comprendo que cualquier declaración falsa o fraudulenta en la declaración de salud puede causar la pérdida de la cobertura conforme a la póliza.

### DECLARACIONES DEL EMPLEADO PARA LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA Y/O DISCAPACIDAD

Su firma en esta solicitud indica su conformidad con las declaraciones siguientes.

1. A menos que se indique lo contrario en este documento, si se mencionan uno o más beneficiarios de seguro de vida, el beneficio se pagará en partes iguales a los beneficiarios mencionados que sobrevivan al asegurado. El pago del beneficio se realizará de acuerdo con los términos del contrato de grupo y estará sujeto a los cambios que indique a mi empleador mediante aviso por escrito.
2. Estas coberturas tendrán vigencia a partir de la fecha establecida en las cláusulas del contrato de grupo y los certificados emitidos conforme a dicho contrato. Entiendo que al solicitar el tipo de cobertura seleccionada, autorizo que se deduzca de mi sueldo, de ser necesario, la prima correspondiente para la cobertura que he solicitado.
3. Soy responsable de notificar oportunamente a mi empleador cualquier cambio que pueda ocasionar que yo o alguno de mis dependientes no sea elegible para la cobertura.
4. Solicito la cobertura seleccionada en esta solicitud. Si selecciono una cobertura o una combinación de coberturas que no están disponibles para mí o corresponden a una clase para la cual no soy elegible, por medio del presente documento, acuerdo que mis opciones de cobertura se modifiquen automáticamente para que sean coherentes con la solicitud del empleador.
5. Entiendo que Anthem Life se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud y que esta solicitud no genera derecho alguno.

Reconozco que he leído las cláusulas precedentes y acepto expresamente dichas cláusulas como condición para la cobertura. Declaro que, a mi leal saber y entender, todas las respuestas a las preguntas de esta solicitud son verdaderas y precisas, y entiendo que el asegurador se basará en dichas respuestas para aceptar esta solicitud. Entiendo que cualquier declaración falsa o la no comunicación de nueva información médica antes de la fecha de entrada en vigencia pueden derivar en un cambio sustancial en la cobertura o las tasas de la prima. Cualquier declaración falsa u omisión importante en esta solicitud puede originar la denegación de los beneficios o la rescisión o cancelación de mi(s) cobertura(s). Una fotocopia tiene la misma validez que el original.

Efectúo esta declaración en mi propio nombre y representación, y en nombre de mis dependientes elegibles, incluidos mis hijos y mi cónyuge, si están cubiertos por el plan. Actúo como su agente y representante.

El empleado y cualquier persona autorizada para actuar en nombre y representación del empleado tienen derecho a recibir una copia de esta declaración, y se proporcionará una copia de este documento si así lo solicitan.

### AVISO IMPORTANTE

La información relacionada con su condición de asegurable se tratará como confidencial. Sin embargo, Anthem Life o sus reaseguradores pueden entregar un informe breve sobre dicha información a la MIB, una organización de membresía sin fines de lucro de compañías de seguros que intercambia información en nombre y representación de sus miembros. Si solicita cobertura de seguro de vida o de salud a otra compañía miembro de la MIB, o si se presenta una reclamación de beneficios a dicha compañía, la MIB proporcionará a pedido de dicha compañía la información que figure en sus archivos.

En caso de recibir una solicitud suya, la MIB acordará la divulgación de cualquier información que tenga en el archivo. Póngase en contacto con la MIB llamando al 866-692-6901 (TTY 866-346-3642). Si cuestiona la exactitud de la información en el archivo de la MIB, puede ponerse en contacto con dicha agencia y solicitar la corrección de acuerdo con los procedimientos estipulados en la *Ley de Equidad de Informes de Crédito*. La dirección de la oficina de información de la MIB es PO Box 105, Essex Station, Boston, MA 02112.

Anthem Life o sus reaseguradores también pueden revelar la información que se encuentra en sus archivos a otras compañías de seguros a las que usted puede solicitar un seguro de vida o de salud, o a las que se puede presentar una reclamación de beneficios. Es posible que desee conservar una copia de esta declaración en sus registros.