

# Solicitud de inscripción

***Bienvenido a Anthem Blue Cross and Blue Shield. Este es su formulario de solicitud de inscripción y cambio. Debido a que deseamos que el proceso de inscripción sea fácil para usted, este formulario se puede usar para inscribirse en la cobertura médica y también en la cobertura dental, de visión, y de seguro de vida y discapacidad, cuando estén disponibles. Este formulario también se puede usar para renunciar a la cobertura, cambiar información, cancelar la cobertura o volver a inscribirse. Al completar este formulario, siga las pautas que se enumeran a continuación. Apreciamos la oportunidad de poder brindarle nuestros servicios.***

- **Complete toda la información solicitada; escriba todo en letras mayúsculas legibles.** Si la información es incorrecta o ilegible, el formulario será devuelto, lo que ocasionará demoras en el proceso de solicitud.
- Si solicita una cobertura de HMO o un punto de servicio de HMO, en la primera página de esta solicitud, debe indicar el médico de atención primaria (PCP) elegido **para cada inscrito**. Si no indica un PCP, es posible que debamos elegir uno por usted. Puede encontrar un PCP en línea en **anthem.com** si hace clic en **Find a Doctor (Buscar un médico)**.
- Si usted u otro miembro de su familia que solicita cobertura conforme a esta póliza tuvo un seguro de salud durante los últimos seis meses previos a la inscripción en Anthem, **usted debe completar la sección 4** para recibir créditos por esta cobertura con respecto a períodos de trastornos preexistentes. Usted tiene derecho a obtener un certificado de cobertura acreditable de su plan anterior. Póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente llamando al número que figura en su tarjeta de identificación de beneficios de salud para solicitar ayuda a fin de obtener dicho certificado o si tiene preguntas sobre las afecciones preexistentes.
- Asegúrese de leer la solicitud por completo, incluso la información en el reverso de las páginas.
- Si tiene un dependiente que padece una discapacidad mental o física certificada por el médico de su dependiente, dicho médico debe completar un formulario de solicitud de inscripción de dependiente con discapacidad mental o física.
- Complete y adjunte la declaración jurada de matrimonio de derecho consuetudinario, el acuerdo registrado de beneficiario designado o el certificado de convivencia, si corresponde.
- Puede encontrar fácilmente los formularios antes mencionados en **anthem.com** si hace clic en la ficha **Members (Miembros)**, selecciona su estado y hace clic en **Answers@Anthem** y, a continuación, en **Download Forms (Descargar formularios)**.
- Póngase en contacto con el administrador de beneficios de grupo si necesita ayuda para completar esta solicitud.

## Para inscribirse/inscripción abierta

- Si se inscribe en la cobertura por primera vez, complete íntegramente las secciones 1, 2, 3 y 4, y las secciones 5 y 7, si corresponde.
- Después de leer todas las áreas de la solicitud, lea la sección 8 y firme y feche la solicitud de inscripción en el lugar indicado.

## Para renunciar a la cobertura

- Para renunciar a la cobertura para usted mismo, complete las secciones 2, 3 y 6.
- Lea la sección 8 y firme y feche la solicitud de inscripción en el lugar indicado.

## Para cambiar la información

- Si necesita hacer un cambio para usted o para alguno de sus dependientes elegibles, complete la sección 1. Asegúrese de incluir la fecha a partir de la cual tendrá vigencia el cambio.
- En la sección 3, enumere todos los miembros de la familia a los cuales afectará este cambio. Si cambia de dirección, puede completar su dirección nueva en esta sección. Si agrega un dependiente, debe hacerlo antes de que transcurran las siguientes cantidades de días posteriores a ser elegible:
  - 31 días, si la elegibilidad se debe a matrimonio, acuerdo registrado de beneficiario designado o certificado de convivencia; nacimiento, adopción; solicitud de adopción; o pérdida involuntaria de cobertura, excepto la cobertura conforme a un programa estatal de seguro de salud para niños o un plan estatal Medicaid.
  - 90 días, si la elegibilidad se debe a la pérdida involuntaria de cobertura conforme a un programa estatal de seguro de salud para niños.
  - 60 días, si la elegibilidad se debe a la pérdida involuntaria de cobertura conforme a un plan estatal Medicaid.
  - 60 días a partir de la fecha en que comenzó a ser elegible para recibir asistencia estatal para el pago de primas de la cobertura de grupo.
- Indique cualquier otro cambio en las áreas correspondientes de las secciones 2, 4, 5 ó 7.
- Lea la sección 8 y firme y feche la solicitud de inscripción en el lugar indicado.

## Después de completar este formulario

- **Lea las instrucciones anteriores con detenimiento y haga las correcciones que sean necesarias. Esto ayudará a asegurar que su solicitud se procese tan precisa y rápidamente como sea posible.**
- **Envíe de inmediato la solicitud de inscripción completa al administrador de beneficios de grupo.**

# Formulario de solicitud de inscripción y cambio (cobertura médica, dental, de visión)

Marque todas las coberturas que correspondan:  Médica  Dental  Visión  Seguro de vida

## 1. Motivo para completar la solicitud

- Inscripción nueva  Cambio de PCP  
 Restitución de cobertura  Cambio de beneficiario  
 Cancelación de cobertura  Cambio de información personal  
 Cambio de cobertura  Otro \_\_\_\_\_

Evento que lo califica \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia del cambio \_\_\_\_\_

N.º de seguro social/n.º de miembro (debe ser completado por el empleado)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

N.º de caso del empleador (debe ser completado por el empleador)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

N.º de grupo de seguro de vida (debe ser completado por el empleador)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Pregunte a su empleador qué coberturas están disponibles. Para obtener información sobre el seguro de vida y discapacidad, consulte la página 4. Pregunte a su empleador si el plan que usted seleccionó ofrece cobertura dependiente para un beneficiario designado (BD)<sup>3</sup> o pareja<sup>4</sup>. Incluya la información sobre el beneficiario designado o la pareja solamente si su empleador brinda cobertura para beneficiario designado o pareja.

## 2. Beneficios y cobertura deseados

### PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS

- HMO<sup>1</sup>  
 POS<sup>1</sup> (punto de servicio)  
 PPO  
 Lumenos® HSA<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
 Lumenos® HRA \_\_\_\_\_  
 Lumenos® HIA Plus \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

### COBERTURA MÉDICA

- Empleado  
 Empleado y cónyuge/BD/ pareja  
 Empleado e hijo(s)  
 Familia  
 Rechazo y renuncia completa (sección 6)

### PLAN DE COBERTURA DENTAL

- Anthem Dental  
 Opción \_\_\_\_\_  
 Anthem Voluntary Dental  
 Opción \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

### RED DENTAL

- Principal  
 Completa  
 Otro \_\_\_\_\_

### COBERTURA DENTAL

- Empleado  
 Empleado y cónyuge/BD/ pareja  
 Empleado e hijo(s)  
 Familia  
 Rechazo y renuncia completa (sección 6)

### PLAN DE COBERTURA DE VISIÓN

- Blue View Vision  
 Otro \_\_\_\_\_

### VISIÓN VOLUNTARIA

Nombre del plan \_\_\_\_\_

### COBERTURA DE VISIÓN

- Empleado  
 Empleado y cónyuge/BD/ pareja  
 Empleado e hijo(s)  
 Familia  
 Rechazo y renuncia completa (sección 6)

## 3. Información del empleado y la familia

Anote en la lista su nombre y los de todos sus familiares elegibles que solicitan la cobertura o renuncian a ella. Si es necesario, utilice una hoja aparte.

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Apellido del empleado	Nombre	Inicial 2.º nombre	Sexo M F	Fecha de nacimiento (DD-MM-AAAA)	Vínculo <b>Titular</b>
---	-----------------------	--------	-----------------------	-------------	-------------------------------------	---------------------------

Dirección postal para la correspondencia del miembro

Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono particular	Fecha de contratación (DD-MM-AAAA)	Fecha de pleno empleo (DD/MM/AAAA)
--------	--------	---------------	-------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

Nombre completo de la compañía	Cargo	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Asalariado	Horas laborales por semana	Salario \$ _____ por _____
--------------------------------	-------	--	----------------------------	-------------------------------

Médico de atención primaria (PCP) - HMO o POS solamente	<sup>1</sup> N.º de identificación del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	--

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Apellido del cónyuge/beneficiario designado/pareja	Nombre del cónyuge/beneficiario designado/pareja	Inicial 2.º nombre	Sexo M F	Fecha de nacimiento (DD-MM-AAAA)	Vínculo (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Beneficiario designado (BD) <input type="checkbox"/> Pareja
---	--	--	-----------------------	-------------	-------------------------------------	---

<sup>1</sup> Médico de atención primaria (PCP)	<sup>1</sup> N.º de identificación del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si usted y su cónyuge tienen apellidos diferentes, marque la casilla que corresponda: <input type="checkbox"/> El cónyuge conserva el apellido <input type="checkbox"/> Matrimonio de derecho consuetudinario (adjuntar declaración jurada de matrimonio de derecho consuetudinario) <input type="checkbox"/> Beneficiario designado (adjuntar acuerdo registrado de beneficiario designado) <input type="checkbox"/> Convivencia (adjuntar certificado de convivencia)	N.º de seguro social □□□-□□-□□□□
--	--	--	---	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Apellido del dependiente	Nombre	Inicial 2.º nombre	Sexo M F	Fecha de nacimiento (DD-MM-AAAA)	Vínculo
---	--------------------------	--------	-----------------------	-------------	-------------------------------------	---------

<sup>1</sup> Médico de atención primaria (PCP)	<sup>1</sup> N.º de identificación del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dependiente mayor de edad (declaración jurada inicial de dependiente mayor de edad en la sección 7) <input type="checkbox"/> Cobertura de atención de la salud por orden judicial (adjuntar una copia de la orden judicial) <input type="checkbox"/> Dependiente con discapacidad mental o física (adjuntar el formulario de dependiente con discapacidad mental o física)	N.º de seguro social □□□-□□-□□□□
--	--	--	---	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Apellido del dependiente	Nombre	Inicial 2.º nombre	Sexo M F	Fecha de nacimiento (DD-MM-AAAA)	Vínculo
---	--------------------------	--------	-----------------------	-------------	-------------------------------------	---------

<sup>1</sup> Médico de atención primaria (PCP)	<sup>1</sup> N.º de identificación del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dependiente mayor de edad (declaración jurada inicial de dependiente mayor de edad en la sección 7) <input type="checkbox"/> Cobertura de atención de la salud por orden judicial (adjuntar una copia de la orden judicial) <input type="checkbox"/> Dependiente con discapacidad mental o física (adjuntar el formulario de dependiente con discapacidad mental o física)	N.º de seguro social □□□-□□-□□□□
--	--	--	---	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar	Apellido del dependiente	Nombre	Inicial 2.º nombre	Sexo M F	Fecha de nacimiento (DD-MM-AAAA)	Vínculo
---	--------------------------	--------	-----------------------	-------------	-------------------------------------	---------

<sup>1</sup> Médico de atención primaria (PCP)	<sup>1</sup> N.º de identificación del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dependiente mayor de edad (declaración jurada inicial de dependiente mayor de edad en la sección 7) <input type="checkbox"/> Cobertura de atención de la salud por orden judicial (adjuntar una copia de la orden judicial) <input type="checkbox"/> Dependiente con discapacidad mental o física (adjuntar el formulario de dependiente con discapacidad mental o física)	N.º de seguro social □□□-□□-□□□□
--	--	--	---	-------------------------------------

<sup>1</sup> Para miembros de HMO y POS: si no selecciona un PCP, es posible que se le asigne uno.

<sup>2</sup> Confirme con su empleador qué fideicomisario de HSA se eligió.

<sup>3</sup> Una persona nombrada como beneficiario designado (BD) en un acuerdo registrado de beneficiario designado.

<sup>4</sup> Una persona nombrada como pareja conforme a un certificado de convivencia.

□ □ □ — □ □ — □ □ □ □ □ □

#### 4. Otros seguros

¿Usted o alguno de sus dependientes han tenido cualquier otra cobertura de salud durante los últimos seis meses o cuentan actualmente con una cobertura distinta de la cobertura solicitada?

Sí  No Si la respuesta es Sí, complete la siguiente sección para todos los miembros cubiertos.

Nombre del miembro	Tipo	Asegurador	Inicio (DD-MM-AAAA)	Finalización (DD-MM-AAAA)
	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta bajo receta			
	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta bajo receta			
	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta bajo receta			
	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta bajo receta			

#### 5. Cobertura de Medicare

Complete esta sección si usted, su cónyuge o su(s) hijo(s) dependiente(s) cuentan con cobertura de Medicare. Si es necesario, utilice una hoja aparte.

Nombre completo del miembro (nombre, inicial 2.º nombre, apellido)	Parte A:	Parte B:	Motivo de la discapacidad si es menor de 65 años	N.º de reclamación de Medicare
	Fecha de entrada en vigencia	Fecha de entrada en vigencia		

#### 6. Renuncia al seguro

Complete esta sección solamente si desea renunciar al seguro.

Por medio del presente documento, certifico que se me ofreció la oportunidad de participar en el plan o los planes de seguro de grupo de mi empleador, otorgados por las compañías indicadas en esta solicitud de inscripción. Se me han explicado los planes y rechazo participar en ellos.

No deseo participar en el plan de seguro de grupo en este momento por los siguientes motivos:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuento con otro seguro de salud de grupo.                             | <input type="checkbox"/> Cuento con otro seguro de salud individual.  |
| <input type="checkbox"/> Cuento con otro seguro dental de grupo.                               | <input type="checkbox"/> Cuento con otro seguro de visión de grupo.   |
| <input type="checkbox"/> Soy dependiente de un miembro activo o retirado del servicio militar. | <input type="checkbox"/> No cuento con otra cobertura de seguro y no me interesa en este momento.   |
| <input type="checkbox"/> Soy miembro retirado del servicio militar.                            | <input type="checkbox"/> Tengo objeciones religiosas (seguro de vida no contributivo).  |
| <input type="checkbox"/> No deseo participar (seguro de vida contributivo).                    | <input type="checkbox"/> Yo y/o mi(s) dependiente(s) contamos con cobertura conforme a un programa estatal de cobertura de salud para niños o un plan estatal Medicaid. |

#### 7. Declaración jurada de dependiente mayor de edad

Al escribir mis iniciales a continuación, declaro y certifico que mi(s) dependiente(s) (incluso los mayores de 19 años) son solteros y dependen de mí económicamente o residen en el mismo domicilio legal, o, independientemente de la edad, dependen económicamente o de otra manera de mí debido a una discapacidad mental o física; o dependen de mí debido a una orden judicial y, por lo tanto, son elegibles para recibir cobertura conforme a la póliza que solicito. Entiendo que soy responsable de notificar a Anthem, en un plazo de 31 días, sobre cualquier cambio que se produzca en el estado de mi(s) dependiente(s). Entiendo que la cobertura se rige por la situación real en el momento de la prestación de los servicios y yo seré el único responsable de pagarlos. También entiendo que la elegibilidad de los dependientes mayores de edad se debe renovar cada año hasta que se alcance el límite máximo de edad, como se especifica en el certificado. Entiendo que Anthem se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, pruebas que avalen la dependencia de personas mayores de edad.

#### 8. Firma

Iniciales \_\_\_\_\_

Entiendo que la cobertura que solicito está sujeta a requisitos de elegibilidad. Reconozco que he leído todas las secciones de esta solicitud, incluida la información al dorso de las páginas, y certifico que estoy de acuerdo con todas las cuestiones mencionadas en esta solicitud. También reconozco que, a mi leal saber y entender, toda la información provista en esta solicitud es verdadera y exacta. Entiendo y acuerdo que esta solicitud formará parte del contrato entre Anthem y yo.

Es ilegal proporcionar a sabiendas información o hechos falsos, incompletos o fraudulentos a una compañía de seguros con el fin de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir reclusión en prisión, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. Cualquier compañía de seguros y cualquier agente de una compañía de seguros que proporcionen a sabiendas información o hechos falsos, incompletos o fraudulentos al titular de la póliza o a un reclamante con el fin de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o al reclamante en relación con beneficios del seguro derivados de una conciliación o un laudo exigible serán denunciados ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Organismos Reguladores.

##### Descripción de inscripciones especiales

Si rechaza la inscripción para usted o para sus dependientes (incluso para su cónyuge/beneficiario designado/pareja) debido a otro seguro de salud u otra cobertura de plan de salud de grupo, excepto la cobertura conforme a un programa estatal de seguro de salud para niños o un plan estatal Medicaid, es posible que en el futuro pueda inscribirse usted y que pueda inscribir a su(s) dependiente(s) en este plan si usted o su(s) dependiente(s) pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer las contribuciones para la otra cobertura suya o la de sus dependientes). No obstante, debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días a partir de la fecha de finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de hacer contribuciones para la otra cobertura).

Si rechaza la inscripción para usted o para sus dependientes (incluso para su cónyuge/beneficiario designado/pareja) debido a una cobertura conforme a un programa estatal de seguro de salud para niños, es posible que pueda inscribirse usted y que pueda inscribir a su(s) dependiente(s) en este plan si usted o su(s) dependiente(s) pierden la elegibilidad conforme al programa estatal de seguro de salud para niños. No obstante, debe solicitar la inscripción en un plazo de 90 días a partir de la fecha de finalización de la cobertura conforme a un programa estatal de seguro de salud para niños.

Si rechaza la cobertura de salud para usted o para su(s) dependiente(s) (incluso para su cónyuge/beneficiario designado/pareja) debido a una cobertura conforme a un plan estatal Medicaid, es posible que pueda inscribirse usted y que pueda inscribir a su(s) dependiente(s) en este plan si usted o su(s) dependiente(s) pierden elegibilidad conforme al plan estatal Medicaid. No obstante, debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la fecha de finalización de la cobertura conforme a un plan estatal Medicaid.

Si es elegible para recibir asistencia estatal para el pago de primas de la cobertura de grupo, es posible que pueda inscribirse usted e inscribir a su(s) dependiente(s) (incluso a su cónyuge/beneficiario designado/pareja) en este plan. No obstante, debe solicitar la inscripción en esta cobertura de grupo en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la que comenzó a ser elegible para recibir asistencia estatal para el pago de primas.

Además, en caso de tener un nuevo dependiente como consecuencia de un matrimonio, un acuerdo registrado de beneficiario designado o un certificado de convivencia, un nacimiento, una adopción o una solicitud de adopción, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días a partir de la fecha del matrimonio, el acuerdo registrado de beneficiario designado o el certificado de convivencia, del nacimiento, de la adopción o de la solicitud de adopción.

Para solicitar una inscripción especial, envíe una solicitud completa a la dirección que figura a continuación. Para obtener más información, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de Anthem llamando al 1-877-811-3106 o con Anthem Blue Cross and Blue Shield, P.O. Box 5858, Denver, CO 80217-5858.

Firma del empleado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



—   —

# Solicitud de inscripción: seguro de vida y discapacidad

## 1. Tipo de cobertura

La cobertura se limita a los beneficios que ofrece su empleador.

Marque todas las casillas que correspondan.

Seguro de vida y AD&D  
  Discapacidad a corto plazo  
  Seguro de vida complementario Monto \$ \_\_\_\_\_  
  AD&D complementario Monto \$ \_\_\_\_\_  
  Cobertura STD adicional Monto \$ \_\_\_\_\_

Seguro de vida para dependientes  
  Discapacidad a largo plazo  
  Otro \_\_\_\_\_  
 Ingreso actual \$ \_\_\_\_\_  
  Hora  
  Semana  
  Mes  
  Año

¿Es empleado activo?  Sí  No. Si la respuesta es No, ¿cuándo espera regresar al trabajo activo? \_\_\_\_\_ ¿Es retirado?  Sí  No

¿Es discapacitado?  Sí  No  
 ¿Está hospitalizado?  Sí  No  
 Ingresos informados mediante  W2  1099  Otro \_\_\_\_\_

Asignación de clase \_\_\_\_\_ Asignación de división \_\_\_\_\_

Si es casado, escriba la ocupación de su cónyuge \_\_\_\_\_

## 2. Beneficiarios principales

Nombre	Inicial 2.º nombre	Apellido
1.		
N.º de seguro social	Vínculo con el solicitante	Edad

Nombre	Inicial 2.º nombre	Apellido
2.		
N.º de seguro social	Vínculo con el solicitante	Edad

## 3. Beneficiarios contingentes

Nombre	Inicial 2.º nombre	Apellido
1.		
N.º de seguro social	Vínculo con el solicitante	Edad

Nombre	Inicial 2.º nombre	Apellido
2.		
N.º de seguro social	Vínculo con el solicitante	Edad

## 4. Preguntas adicionales

1. ¿Alguna de las personas que solicita la cobertura alguna vez fue elegible para recibir un seguro de vida o de salud? ¿Se le negó este seguro, o se le negó la restitución o la renovación de este seguro a alguna de estas personas?  Sí  No. Si la respuesta es Sí, escriba el nombre de la persona, la fecha y el motivo.

2. ¿Alguna de las personas que solicita la cobertura participó en deportes o pasatiempos como aviación, buceo, paracaidismo, carreras o actividades similares durante los últimos tres años o tiene intenciones de participar en ellos?  Sí  No. Si la respuesta es Sí, escriba sus nombres y sus actividades.

## 5. Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO PARA LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA Y/O DISCAPACIDAD (lea esta sección si solicita cobertura de Anthem Life; su firma en la solicitud de inscripción: declaración de seguro de vida, discapacidad y salud indica su conformidad con la autorización que figura a continuación).**

Entiendo que Anthem Life Insurance Company (en lo sucesivo, 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 estatal aplicable. Entiendo también que, conforme a la legislación 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 Insurance Company, 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 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 información acerca de drogas, alcoholismo o enfermedades mentales. Con el propósito de procesar este formulario de 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.

**CERTIFICADO DE DECLARACIONES DEL EMPLEADO PARA LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA Y/O DISCAPACIDAD (lea esta sección si solicita cobertura de Anthem Life; su firma en la solicitud de inscripción: seguro de vida y discapacidad indica su conformidad con la declaración).**

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.

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 Agencia de Información Médica (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.



## Información legal importante

La siguiente declaración se aplica a los grupos con seguro integral en Colorado, con 50 empleados o menos: LA LEGISLACIÓN DE SEGUROS DE COLORADO REQUIERE QUE TODOS LOS ASEGURADORES DEL MERCADO DE GRUPOS PEQUEÑOS PUBLIQUEN, A PEDIDO DE UN PEQUEÑO EMPLEADOR Y PARA TODO EL GRUPO PEQUEÑO, CUALQUIER PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS QUE COMERCIALIZEN EN COLORADO PARA PEQUEÑOS EMPLEADORES QUE TENGAN DE 2 A 50 EMPLEADOS, INCLUIDO UN PLAN BÁSICO O ESTÁNDAR DE BENEFICIOS MÉDICOS, INDEPENDIENTEMENTE DEL ESTADO DE SALUD DE CUALQUIERA DE LOS INDIVIDUOS DEL GRUPO. LOS GRUPOS DE EMPRESAS DE UNA PERSONA NO PUEDEN SER RECHAZADOS CONFORME A UN PLAN BÁSICO O ESTÁNDAR DE BENEFICIOS MÉDICOS DURANTE LOS PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN ABIERTA ESPECIFICADOS POR LA LEY.

Es ilegal proporcionar a sabiendas información o hechos falsos, incompletos o fraudulentos a una compañía de seguros con el fin de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir reclusión en prisión, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. Cualquier compañía de seguros y cualquier agente de una compañía de seguros que proporcionen a sabiendas información o hechos falsos, incompletos o fraudulentos al titular de la póliza o a un reclamante con el fin de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o al reclamante en relación con beneficios del seguro derivados de una conciliación o un laudo exigible serán denunciados ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Organismos Reguladores.

## Información importante

- Por el presente documento, autorizo a mi empleador, hasta que esta autorización se revoque mediante aviso por escrito, a deducir por adelantado todos los meses de mi sueldo ganado o devengado los montos que sean necesarios para pagar las tasas vigentes en la actualidad o en el futuro para la cobertura que solicito.
- Si solicito cobertura de seguro de salud, certifico que trabajo al menos 24 horas por semana para el empleador mencionado en la solicitud.
- Para las personas que solicitan cobertura de HMO o de punto de servicio (POS): Para obtener el mayor provecho de los beneficios de atención de la salud, indico en esta solicitud el médico de atención primaria de mi elección. Si no selecciono un médico de atención primaria para mí o para mi(s) dependiente(s), entiendo que HMO Colorado puede elegir uno para mí o para mi(s) dependiente(s).
- Si rechazo la cobertura de salud conforme a una póliza de PPO, entiendo que no podré inscribirme hasta el próximo período de inscripción abierta o antes de que transcurran 31 días desde un evento que califique. Puedo estar sujeto a la exclusión por trastornos preexistentes que figura a continuación.
- Si rechazo la cobertura de salud conforme a una póliza de PPO, entiendo que no podré inscribirme hasta el próximo período de inscripción abierta, o antes de que transcurran 31 días desde un evento que califique, según se define en el plan.
- Si rechazo la cobertura de salud para mí o para mi(s) dependiente(s) (incluso para mi cónyuge/beneficiario designado/pareja) debido a otra cobertura de seguro de salud grupal o individual, excepto la cobertura conforme a un programa estatal de seguro de salud para niños o un plan estatal Medicaid, es posible que en el futuro pueda inscribirme o inscribir a mi(s) dependiente(s) en este plan si pierdo elegibilidad para esa otra cobertura, o si mi(s) dependiente(s) la pierde(n), siempre que solicite la inscripción en un plazo de 31 días a partir de la fecha de finalización de la otra cobertura. Además, en caso de tener un nuevo dependiente como consecuencia de un matrimonio, un acuerdo registrado de beneficiario designado o un certificado de convivencia, un nacimiento, una adopción o una solicitud de adopción, podré inscribirme e inscribir a mis dependientes, siempre que solicite la inscripción en un plazo de 31 días a partir de la fecha del matrimonio, acuerdo registrado de beneficiario designado o certificado de convivencia, el nacimiento, la adopción o la solicitud de adopción.
- Si rechazo la cobertura de salud para mí o para mis dependientes (incluso para mi cónyuge/beneficiario designado/pareja) debido a una cobertura conforme a un programa estatal de seguro de salud para niños, es posible que en el futuro pueda inscribirme o inscribir a mi(s) dependiente(s) en este plan si pierdo elegibilidad conforme al programa estatal de seguro de salud para niños, o si mi(s) dependiente(s) la pierde(n), siempre que solicite la inscripción en un plazo de 90 días a partir de la fecha de finalización de la cobertura del programa estatal de seguro de salud para niños.
- Si rechazo la cobertura de salud para mí o para mi(s) dependiente(s) (incluso para mi cónyuge/beneficiario designado/pareja) debido a una cobertura conforme a un programa estatal Medicaid, es posible que en el futuro pueda inscribirme o inscribir a mi(s) dependiente(s) en este plan si pierdo elegibilidad conforme al programa estatal Medicaid, o si mi(s) dependiente(s) la pierde(n), siempre que solicite la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la fecha de finalización de la cobertura del programa estatal Medicaid.
- Si comienzo a ser elegible para recibir asistencia estatal para el pago de primas de la cobertura de grupo, es posible que en el futuro pueda inscribirme o inscribir a mi(s) dependiente(s) (incluso a mi cónyuge/beneficiario designado/pareja) en este plan, siempre que solicite la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la que comience a ser elegible para recibir asistencia estatal para el pago de primas de la cobertura de grupo.
- Entiendo que es posible que se me solicite presentar información adicional.

### AVISO GENERAL SOBRE LA EXCLUSIÓN POR TRASTORNOS PREEXISTENTES

Si su plan es de PPO, impone la exclusión por trastornos preexistentes. Esto significa que si padece una afección médica antes de unirse a nuestro plan, es posible que deba aguardar un tiempo antes de que el plan le brinde cobertura para esa afección. Esta exclusión se aplica únicamente a afecciones (tanto físicas como mentales) para las cuales se ha recomendado o administrado asesoramiento, diagnóstico, cuidado o tratamiento médicos en un transcurso de seis meses. En general, este período de seis meses termina el día antes de que su cobertura entre en vigencia. No obstante, si está en período de espera de cobertura, el período de seis meses termina el día antes del inicio del período de espera. La exclusión por trastornos preexistentes no se aplica al embarazo ni a un niño inscrito en el plan en un plazo de 30 días a partir del nacimiento, de la adopción o de la solicitud de adopción.

Esta exclusión puede durar hasta 6 meses a partir del primer día de cobertura o, si está en un período de espera, a partir del primer día del período de espera. No obstante, puede recibir crédito para el período de exclusión si ha tenido "cobertura acreditable" anterior. La mayoría de las coberturas de salud anteriores son acreditables y se pueden utilizar para renunciar a la exclusión por trastornos preexistentes en caso de que no haya existido una interrupción de más de 90 días en la cobertura en Colorado. Para renunciar al período de exclusión de seis meses sobre la base de una cobertura acreditable anterior, debe proporcionarnos una copia de cualquier certificado de cobertura acreditable que posea. Si no cuenta con un certificado, pero tiene una cobertura de salud anterior, lo ayudaremos a obtener un certificado de su plan o proveedor anterior. Existen otras maneras en las que también puede demostrar que dispone de cobertura acreditable. Póngase en contacto con nosotros si necesita ayuda para demostrar la cobertura acreditable.

Todas las consultas sobre la exclusión por trastornos preexistentes y cobertura acreditable se deben dirigir a Anthem llamando al 1-877-811-3106 o se deben enviar por correo postal a Anthem Blue Cross and Blue Shield, PO Box 5858, Denver CO, 80217-5858.



Visite nuestro sitio web [anthem.com](http://anthem.com)