

# Solicitud de inscripción para empleados de California Para pequeños grupos



## Seguro médico, dental, de la vista, de vida y por discapacidad

Los planes de salud son proporcionados por Anthem Blue Cross (Anthem). Los planes de seguro son proporcionados por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. Usted, el empleado, debe rellenar esta solicitud. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y estén completos. Para evitar demoras, responda todas las preguntas y asegúrese de firmar e indicar la fecha en la solicitud. **Nota:** Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) de recopilar los números del Seguro Social. Proporcione la solicitud a su empleador.

Complete con tinta negra solamente.				Núm. de grupo/caso (si lo conoce)	
<b>Sección A: Tipo de solicitud</b> (seleccione uno)					
<input type="checkbox"/> Inscripción nueva <input type="checkbox"/> Inscripción abierta (no corresponde para seguros de vida y por discapacidad)					
<input type="checkbox"/> Evento calificado (no corresponde para seguros de vida y por discapacidad)					
<input type="checkbox"/> COBRA/Cal-COBRA <input type="checkbox"/> Fecha de recontractación (MM/DD/AAAA): ____/____/____					
Si selecciona <b>Evento calificado</b> o <b>COBRA/Cal-COBRA</b> , seleccione un motivo del evento.					
<input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo <input type="checkbox"/> Adopción de un hijo <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal <input type="checkbox"/> Muerte					
<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA (los solicitantes de Cal-COBRA deben enviar la prima correspondiente al primer mes).					
<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura involuntaria; explique (requerido): _____					
<input type="checkbox"/> Otro; explique (requerido): _____					
Fecha del Evento calificado o COBRA/Cal-COBRA (requerido) (MM/DD/AAAA): ____/____/____					
<b>Sección B: Información del empleado</b>					
Apellido		Nombre		Inicial del 2.º nombre	
				Núm. de Seguro Social <sup>1</sup> (requerido) / /	
Dirección de casa (no se aceptan apartados postales a menos que sea una dirección rural)			Ciudad		Estado
					Código postal
Condado		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica (DP)		Condición de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	
				Núm. de teléfono principal	
Nombre del empleador			Ocupación		
Dirección laboral física del empleado (requerido)			Ciudad		Estado
					Código postal
Fecha de contratación <sup>2</sup> (MM/DD/AAAA) / /		Fecha de empleo a tiempo completo (MM/DD/AAAA) / /		Fecha en que comienza el periodo de espera <sup>2</sup> (MM/DD/AAAA) / /	
				Cant. de horas trabajadas por semana	
Idioma (opcional): <input type="checkbox"/> Inglés (ENG) <input type="checkbox"/> Español (SPA) <input type="checkbox"/> Chino (ZHO) <input type="checkbox"/> Coreano (KOR) <input type="checkbox"/> Vietnamita (VIE) <input type="checkbox"/> Tagalo (TGL)					
<input type="checkbox"/> Otro (W09); especifique: _____					
¿Puede leer y escribir en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, el traductor debe firmar y presentar una declaración de responsabilidad/de traductor.					
<b>Dirección de correo electrónico del empleado:</b>					
Para <b>Planes médicos</b> y todos los <b>Planes Dental Net DHMO</b> ofrecidos por Anthem Blue Cross y regulados por el Departamento de Atención de Salud Administrada (Department of Managed Health Care).					
Yo (el solicitante principal) acepto recibir las comunicaciones relacionadas con el plan, para mí y todos mis dependientes, por correo electrónico o de manera electrónica. Estas comunicaciones pueden incluir mi certificado, evidencia de cobertura, declaraciones de la explicación de beneficios, avisos requeridos o información útil para aprovechar al máximo mi plan. Acepto proporcionar a Anthem mi dirección de correo electrónico vigente y actualizarla. Comprendo que puedo, en cualquier momento, cambiar de opinión y solicitar una copia de estos materiales (o cualquier material específico) por correo comunicándome con Anthem. Yo o mis dependientes inscritos actualizaremos nuestras preferencias de comunicación visitando <a href="http://anthem.com/ca">anthem.com/ca</a> o llamando a Servicios para Miembros al 1-855-383-7248.					

1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los CMS de recopilar esta información.

2 Si su empleador exige un periodo de orientación para los empleados nuevos, la "fecha de contratación" será el primer día después de haber finalizado el periodo de orientación.

**Sección C: Tipo de cobertura** (su empleador le informará las opciones de planes y los códigos de contrato).

**1. Cobertura médica**
**Tenga en cuenta lo siguiente: Todos los planes de salud<sup>2</sup> incluyen la cobertura necesaria para los beneficios médicos esenciales pediátricos dentales y de la vista.**

Nombre del plan médico<sup>3</sup>:

Código del contrato, si lo conoce:

**Cobertura médica para miembros (seleccione una opción):**
☐ Empleado solo   ☐ Empleado + cónyuge/pareja doméstica   ☐ Empleado + hijo(s)   ☐ Familia

**2. Cobertura dental**
**Los planes Anthem Dental HMO<sup>2</sup> y Dental PPO<sup>4</sup> no incluyen beneficios médicos esenciales pediátricos de salud dental certificados.**
**Cobertura dental para miembros (seleccione una opción):**
☐ Empleado solo   ☐ Empleado + cónyuge/pareja doméstica   ☐ Empleado + hijo(s)   ☐ Familia

Nombre del plan dental:

Código del contrato, si lo conoce:

**3. Cobertura de la vista**
**Estos planes de la vista opcionales<sup>4</sup> no cubren beneficios médicos esenciales pediátricos de la vista.**
**Cobertura de la vista para miembros (seleccione una opción):**
☐ Empleado solo   ☐ Empleado + cónyuge/pareja doméstica   ☐ Empleado + hijo(s)   ☐ Familia

Nombre del plan de la vista:

Código del contrato, si lo conoce:

**4. Cobertura por discapacidad<sup>3</sup>, del seguro de vida<sup>3</sup>, y del seguro por muerte accidental y desmembramiento<sup>3</sup> (AD&D)**

<input type="checkbox"/> Seguro de vida y por AD&D básico		<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo
<input type="checkbox"/> Seguro de vida básico para dependientes		<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a largo plazo
<input type="checkbox"/> Seguro de vida y por AD&D complementario/voluntario	\$ _____ (monto del empleado)	<input type="checkbox"/> Seguro voluntario por discapacidad a corto plazo
<input type="checkbox"/> Seguro de vida complementario/voluntario para cónyuge/DP dependiente	\$ _____ (monto del cónyuge/DP)	<input type="checkbox"/> Seguro voluntario por discapacidad a largo plazo
<input type="checkbox"/> Seguro de vida complementario/voluntario para hijo dependiente	\$ _____ (monto del hijo)	

Ingreso anual actual: \$

Núm. de clase de seguro de vida y por discapacidad:

	Nombre del beneficiario	Porcentaje	Núm. de Seguro Social	Relación con el solicitante	Edad
<input type="checkbox"/> Primario					
<input type="checkbox"/> Contingente					
<input type="checkbox"/> Primario					
<input type="checkbox"/> Contingente					
<input type="checkbox"/> Primario					
<input type="checkbox"/> Contingente					
<input type="checkbox"/> Primario					
<input type="checkbox"/> Contingente					
<input type="checkbox"/> Primario					
<input type="checkbox"/> Contingente					

El total de los porcentajes debe equivaler al 100 %. Si el total de los porcentajes es menos del 100 %, el porcentaje restante se pagará en partes iguales a todos los beneficiarios mencionados hasta alcanzar el total del 100 %. Si el total de los porcentajes es más del 100 %, se reducirá la parte de cada beneficiario mencionado hasta que el total equivalga al 100 %. Si no se indican porcentajes, los montos se dividirán en partes iguales. Si no sobrevive ningún beneficiario primario, los montos se pagarán al beneficiario o los beneficiarios contingentes que figuran arriba. El empleado asegurado podrá cambiar de beneficiarios mediante previa notificación escrita al empleador.

1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los CMS de recopilar esta información.

2 Estos planes son ofrecidos por Anthem Blue Cross y regulados por el Departamento de Atención de Salud Administrada.

3 La inscripción en el plan seleccionado depende de que el empleado resida o trabaje dentro del área de servicio geográfica del plan, y la disponibilidad de la red, el proveedor y el médico dentro del área de servicio geográfica. Si al momento de inscribirse la red o el médico/grupo médico no están disponibles o el empleado no reside o trabaja en el área de servicio geográfica del plan, es posible que se lo asigne o se le requiera que elija un proveedor, una red y/o un plan diferentes.

4 Los planes Dental PPO, de la vista, de vida y de discapacidad son ofrecidos por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company y regulados por el Departamento de Seguros de California (California Department of Insurance).

**Consentimiento del cónyuge para los estados con régimen de bienes de sociedad conyugal únicamente** (Nota: La compañía de seguro no se responsabiliza por la validez de un consentimiento del cónyuge para la designación). Si vive en un estado donde rige el régimen de bienes de sociedad conyugal (AZ, CA, ID, LA, NM, NV, TX, WA y WI), el estado puede exigir que obtenga la firma de su cónyuge si este no es nombrado beneficiario primario del 50 % o más del monto de su beneficio. Su cónyuge tiene que leer y firmar lo siguiente.

#### Autorización

Soy consciente de que mi cónyuge, el empleado/jubilado antes nombrado, ha designado a alguien que no soy yo para que sea el beneficiario del seguro de vida de grupo según la póliza anterior. Por el presente, doy mi consentimiento a tal designación y renuncio a cualquier derecho que pueda tener a los ingresos de tal seguro, en virtud de las leyes vigentes sobre bienes gananciales de la sociedad conyugal. Entiendo que este consentimiento y esta renuncia reemplazan cualquier consentimiento o renuncia del cónyuge previos en virtud de este plan.

En CA, NV y WA, el término "cónyuge" también comprende a la pareja doméstica registrada.

Firma del cónyuge <b>X</b>	Nombre del cónyuge	Fecha (MM/DD/AAAA) / /
-------------------------------	--------------------	---------------------------

**Si el solicitante tiene 15 años de edad al momento de la solicitud, debe enviar una declaración por escrito firmada por su padre o madre donde estos presten su consentimiento para la solicitud de cobertura del menor.**

Las solicitudes incompletas serán devueltas para que proporcione la información faltante. Esto podría retrasar la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

#### Sección D: Información sobre la familia (complete esta sección para usted y todos sus dependientes). Debe completar todos los campos.

Utilice una hoja adicional si es necesario.

Vaya a *Find a Doctor* (Encontrar un médico) en [anthem.com/ca](http://anthem.com/ca) para determinar si su médico es un proveedor participante.

Para planes HMO y EPO: proporcione el núm. de 3 o 6 dígitos del médico de atención primaria.

La información del dependiente debe ser completada para todos los dependientes adicionales (si los hubiera) **que estarán cubiertos según los términos de esta cobertura**. Los dependientes elegibles pueden ser su cónyuge o pareja doméstica, sus hijos, niños respecto de los cuales usted ha asumido una relación de padre/madre-hijo<sup>2</sup> (no incluye niños menores bajo tutela temporal) o los hijos de su cónyuge o pareja doméstica (hasta el final del mes calendario en que cumplan 26 años). En el caso de su hijo, la edad límite de 26 años no se aplica cuando su hijo es y sigue siendo (1) incapaz de trabajar para mantenerse debido a afecciones, enfermedades o lesiones que impliquen una limitación física o mental, y (2) dependiente, sobre todo, del suscriptor para recibir apoyo y manutención. El empleado deberá enviar una certificación de la afección de su hijo emitida por un médico. Incluya a todos los dependientes, comenzando por el mayor.

<b>Empleado:</b> Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	
Nombre del médico de atención primaria (PCP) (si selecciona un plan HMO <sup>3</sup> o EPO)	Núm. de identificación del PCP (solo para HMO o EPO)	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del dentista de atención primaria (PCD) (si selecciona un plan Dental Net DHMO)	Núm. de identificación del PCD	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Cónyuge/pareja doméstica:</b> Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social <sup>1</sup> (requerido) / /
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	
Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO <sup>3</sup> o EPO)	Núm. de identificación del PCP (solo para HMO o EPO)	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)	Núm. de identificación del PCD	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, proporcione la dirección completa y el código postal:

<sup>1</sup> Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los CMS de recopilar esta información.

<sup>2</sup> Conforme a lo definido en 2 CCR § 599.500(o).

<sup>3</sup> La inscripción en el plan seleccionado depende de que el empleado resida o trabaje dentro del área de servicio geográfica del plan, y la disponibilidad de la red, el proveedor y el médico dentro del área de servicio geográfica. Si al momento de inscribirse la red o el médico/grupo médico no están disponibles o el empleado no reside o trabaja en el área de servicio geográfica del plan, es posible que se lo asigne o se le requiera que elija un proveedor, una red y/o un plan diferentes.

<b>Hijo dependiente:</b> Apellido		Nombre		Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social <sup>1</sup> (requerido) / /
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /		Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <sup>2</sup> Si la respuesta es "Otro", especifique la relación:	
Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO <sup>3</sup> o EPO)		Núm. de identificación del PCP (solo para HMO o EPO)			¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)		Núm. de identificación del PCD			¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, proporcione la dirección completa y el código postal:					

<b>Hijo dependiente:</b> Apellido		Nombre		Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social <sup>1</sup> (requerido) / /
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /		Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <sup>2</sup> Si la respuesta es "Otro", especifique la relación:	
Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO <sup>3</sup> o EPO)		Núm. de identificación del PCP (solo para HMO o EPO)			¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)		Núm. de identificación del PCD			¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, proporcione la dirección completa y el código postal:					

**Sección E: Cobertura previa y otra cobertura**

1. ¿Alguno de los solicitantes de cobertura es elegible para Medicare actualmente? ☐ Sí ☐ No  
Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre:

Núm. de identificación de Medicare	Fecha de entrada en vigencia de la Parte A (MM/DD/AAAA) / /	Fecha de entrada en vigencia de la Parte B (MM/DD/AAAA) / /
Núm. de identificación de Medicare Parte D	Prestadora de Medicare Parte D	Fecha de entrada en vigencia de la Parte D (MM/DD/AAAA) / /

2. ¿Alguna de las personas aquí mencionadas planea conservar otra cobertura si se acepta esta solicitud? ☐ Sí ☐ No  
3. ¿Está alguno de los solicitantes de cobertura cubierto por otra cobertura médica, dental o de ortodoncia? ☐ Sí ☐ No  
4. El día en que comience su cobertura, ¿usted o algún familiar tendrán otro tipo de cobertura dental? ☐ Sí ☐ No

**Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es "Sí", proporcione la siguiente información.**

Nombre de la persona cubierta (apellido, nombre, inicial del 2.º nombre)	Tipo (elijá una opción)	Cobertura (seleccione todas las opciones que correspondan)	Nombre de la prestadora	Núm. de identificación de la póliza	Fechas (si corresponde) (MM/DD/AAAA)
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: ____/____/____ Finalización: ____/____/____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: ____/____/____ Finalización: ____/____/____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: ____/____/____ Finalización: ____/____/____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: ____/____/____ Finalización: ____/____/____

1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los CMS de recopilar esta información.

2 La elegibilidad está sujeta a la Evidencia de Cobertura.

3 La inscripción en el plan seleccionado depende de que el empleado resida o trabaje dentro del área de servicio geográfica del plan, y la disponibilidad de la red, el proveedor y el médico dentro del área de servicio geográfica. Si al momento de inscribirse la red o el médico/grupo médico no están disponibles o el empleado no reside o trabaja en el área de servicio geográfica del plan, es posible que se lo asigne o se le requiera que elija un proveedor, una red y/o un plan diferentes.

**Sección F: Renuncia/rechazo de la cobertura** (es obligatorio presentar prueba de cobertura). (La prueba de cobertura no se aplica para seguros de vida y por discapacidad).

Tipo de cobertura/para quién se rechaza: (seleccione todas las opciones que correspondan).		Motivo para rechazar/negarse a la cobertura: (seleccione todas las opciones que correspondan).
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista <input type="checkbox"/> Seguro de vida/AD&D <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a largo plazo	<input type="checkbox"/> Sin cobertura <input type="checkbox"/> Está cubierto por la cobertura grupal del cónyuge/la pareja doméstica <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja doméstica cubierto por la cobertura grupal del empleador <input type="checkbox"/> Inscrito en una cobertura individual <input type="checkbox"/> Medicare/Medi-Cal/VA <input type="checkbox"/> Inscrito en otro seguro (proporcione el nombre de la compañía y del plan): _____ <input type="checkbox"/> Otro; explique: _____
<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja doméstica	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista <input type="checkbox"/> Seguro de vida del dependiente	
<input type="checkbox"/> Dependiente(s)	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista <input type="checkbox"/> Seguro de vida del dependiente Incluya los nombres de los dependientes que renuncian: _____	

Reconozco que mi empleador me ha explicado cuáles son las coberturas disponibles y comprendo que tengo derecho a solicitar una cobertura. Se me ha dado la oportunidad de solicitar esta cobertura y he decidido no inscribirme ni inscribir a mis dependientes, si los hubiera. He tomado esta decisión de manera voluntaria y nadie, incluidos, entre otros, mi empleador, agente de seguros o prestadora de seguros de vida, ha intentado influenciarme o presionarme para que renuncie a la cobertura. AL RENUNCIAR A ESTA COBERTURA MÉDICA, DENTAL, DE LA VISTA, POR DISCAPACIDAD O DE VIDA GRUPAL (A MENOS QUE EL EMPLEADO Y/O LOS DEPENDIENTES TENGAN COBERTURA MÉDICA GRUPAL, DENTAL, DE LA VISTA, POR DISCAPACIDAD O DE VIDA DE OTRA FUENTE), RECONOZCO QUE ES POSIBLE QUE MIS DEPENDIENTES Y YO DEBAMOS ESPERAR HASTA EL PRÓXIMO PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA PARA INSCRIBIRNOS EN ESTE PLAN MÉDICO, DENTAL O DE LA VISTA GRUPAL, A MENOS QUE YO CALIFIQUE PARA UNA INSCRIPCIÓN ABIERTA ESPECIAL. Asimismo, entiendo que si deseo solicitar cobertura de Seguro de vida en el futuro, tendré que presentar una evidencia de asegurabilidad por mi propia cuenta. Tenga en cuenta que la cobertura para cónyuge/pareja doméstica y dependientes no estará disponible si el Empleado ha rechazado/renunciado a la cobertura.

**Inscripción abierta especial (no aplica para seguros de vida y por discapacidad).**

Si rechazó la inscripción para usted o para sus dependientes (incluso para su cónyuge/pareja doméstica), es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan de beneficios de salud o cambiar los planes de beneficios de salud como consecuencia de ciertos eventos desencadenantes, a saber: (1) usted o su dependiente pierden la cobertura básica mínima; (2) usted tiene un nuevo dependiente o se vuelve uno; (3) usted tiene la obligación de obtener cobertura como dependiente conforme a una orden judicial estatal o federal válida; (4) fue liberado de prisión; (5) el emisor de su cobertura médica infringió considerablemente una cláusula importante del contrato de cobertura médica; (6) tuvo acceso a nuevos planes de beneficios de salud como consecuencia de un traslado permanente; (7) usted recibía servicios de un proveedor contratante conforme a otro plan de beneficios de salud, para una de las afecciones descritas en la Sección 1373.96(c) del Código de Salud y Seguridad, y ese proveedor ya no participa en el plan de beneficios de salud; (8) es miembro de las fuerzas de reserva de la milicia de los Estados Unidos o miembro de la Guardia Nacional de California, y vuelve de prestar servicio activo; o (9) demuestra ante el departamento que no se inscribió en un plan de beneficios de salud durante el periodo de inscripción inmediatamente anterior porque no estaba informado de que tenía cobertura básica mínima. Debe pedir una inscripción especial dentro de los 60 días a partir de la fecha del evento desencadenante para poder inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan de beneficios de salud o cambiar los planes de beneficios de salud como consecuencia de un evento desencadenante calificado.

**Firme aquí solo si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes.**

Firma del solicitante <b>X</b>	Nombre en letra de imprenta	Fecha (MM/DD/AAAA) / /
-----------------------------------	-----------------------------	---------------------------

<sup>1</sup> Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los CMS de recopilar los números de Seguro Social.

**Sección G: Términos, condiciones y autorizaciones** (Lea esta sección atentamente antes de firmar la solicitud).

Como empleado elegible, solicito cobertura para mí y para todos los dependientes elegibles incluidos, y autorizo a mi empleador a deducir las contribuciones que correspondan de mis ingresos para pagar el seguro. Según mi leal saber y entender, certifico que todas las declaraciones y respuestas que he brindado aquí son verdaderas y están completas. Entiendo que es un delito proporcionar o hacer que se proporcione, deliberadamente, una afirmación o declaración sustancial falsa o fraudulenta a una compañía de seguro con el fin de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro. Entiendo que todos los beneficios están sujetos a las condiciones establecidas en el Contrato grupal y el documento de cobertura.

**Al firmar esta solicitud, declaro lo siguiente:**

He leído o me han leído la solicitud completa y comprendo que cualquier acción fraudulenta o tergiversación intencional de un hecho sustancial en la solicitud puede ocasionar la pérdida de la cobertura en los 24 meses posteriores a la emisión de la cobertura.

Certifico que todos los números de Seguro Social mencionados en esta solicitud son correctos.

Entiendo que no puedo asignar ningún pago en virtud de mi programa de Anthem Blue Cross (Anthem). Acepto que deduzcan dinero de mi salario, si fuera necesario, para cubrir el costo de la prima para la cobertura solicitada.

Solicito la cobertura que elegí en este formulario. Si las opciones elegidas no están disponibles, acepto que estas se cambien por aquellas que figuran en la solicitud del empleador o en los documentos de venta de la cobertura.

Entiendo que, hasta donde lo permita la ley, Anthem se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud de cobertura (y que es posible que Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company acepte solo a ciertas personas o términos para la cobertura) y que esta solicitud de cobertura no confiere en absoluto ningún tipo de derecho.

Asimismo, entiendo que es posible que no obtenga la cobertura del Seguro por discapacidad a corto plazo y el Seguro por discapacidad a largo plazo con motivo de una afección preexistente, si corresponde. (Consulte la póliza/el certificado para obtener información importante).

Acepto notificar de inmediato a mi empleador cualquier cambio por el que yo o cualquier dependiente seamos no elegibles para esta cobertura. Entiendo que las coberturas entrarán en vigencia en la fecha que establecen las cláusulas de la póliza grupal, el contrato y los certificados emitidos en virtud de este.

Al firmar esta solicitud, acepto que se grabe o supervise cualquier conversación telefónica entre Anthem y yo.

Al indicar un número de teléfono, acuerdo y presto mi consentimiento para que Anthem y sus afiliados me llamen o envíen mensajes de texto a mi número de teléfono indicado en esta solicitud utilizando un sistema telefónico automatizado y/o mensajes pregrabados con el fin de mantenerme informado acerca de mis beneficios.

**Para los inscritos en cuentas de ahorros para la salud:** Autorizo que el custodio financiero de la cuenta de ahorros para la salud (HSA), siempre que me inscriba en una cuenta HSA, proporcione a Anthem información relacionada con mi cuenta HSA, incluso el número de cuenta, el saldo de la cuenta e información relativa a la actividad de la cuenta. Entiendo que es necesaria mi autorización previa para que el custodio pueda proveer a Anthem la información sobre mi cuenta HSA y que yo puedo presentar a Anthem una solicitud por escrito para revocar esta autorización en cualquier momento.

En caso de solicitar el Seguro de vida y/o por discapacidad, declaro que he leído y que estoy de acuerdo con los términos de la Cobertura de seguro de vida y por discapacidad estipulados en la Sección 4 anterior.

**PROHIBICIÓN DE PRUEBAS DE VIH:** Las leyes de California prohíben que las empresas de seguros médicos requieran o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener el seguro médico.

Lea detenidamente (se requiere su firma).

**REQUISITO PARA EL ARBITRAJE VINCULANTE (no se aplica a la cobertura de Seguro de vida ni a la de Seguro por discapacidad)**

TODAS LAS CONTROVERSIAS ENTRE ANTHEM BLUE CROSS Y/O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY Y USTED, INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, AQUELLAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONFORME AL PLAN/LA PÓLIZA O CUALQUIER OTRO INCONVENIENTE RELACIONADO CON EL PLAN/LA PÓLIZA Y RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA, DEBEN RESOLVERSE MEDIANTE ARBITRAJE VINCULANTE, SI EL MONTO EN CONTROVERSIDAD SUPERA EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL PARA DEMANDAS DE MENOR CUANTÍA Y SI LA CONTROVERSIDAD SE PUEDE SOMETER A ARBITRAJE VINCULANTE CONFORME A LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES VIGENTES QUE INCLUYEN, ENTRE OTRAS, LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y DE LA ATENCIÓN DE SALUD A BAJO PRECIO. Para las reclamaciones que exceden el límite jurisdiccional del tribunal para demandas de menor cuantía que estén sujetas a arbitraje vinculante, la Sección 1363.1 del Código de Salud y Seguridad de California y la Sección 10123.19 del Código de Seguros exigen divulgaciones específicas al respecto, incluidos los siguientes avisos: Se entiende que toda controversia concerniente a negligencia médica, es decir, si cualquier servicio médico prestado en virtud del presente contrato era innecesario o no estaba autorizado, o fue prestado de manera inapropiada, negligente o incompleta, se resolverá mediante arbitraje según las disposiciones de las leyes federales y de California, que incluyen, entre otras, la Ley de Protección al Paciente y de la Atención de Salud a Bajo Precio, y no mediante una demanda o un procedimiento judicial, salvo los casos que establece la ley de California para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Al celebrar este contrato, ambas partes renuncian a su derecho constitucional de dirimir cualquier controversia ante un tribunal de justicia y un jurado, y aceptan, en cambio, el uso del arbitraje. USTED Y ANTHEM BLUE CROSS Y/O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY ACEPTAN ESTAR OBLIGADOS POR ESTA CLÁUSULA DE ARBITRAJE. USTED RECONOCE QUE, EN LOS CASOS DE CONTROVERSIAS QUE ESTÉN SUJETAS A ARBITRAJE CONFORME A LAS LEYES ESTATALES O FEDERALES, RENUNCIA AL DERECHO A UN JUICIO POR JURADO, AL DERECHO A UN JUICIO POR JUEZ CONFORME A LA SECCIÓN 17200 DEL CÓDIGO DE EMPRESAS Y PROFESIONES DE CALIFORNIA Y/O AL DERECHO A ENTABLAR UNA DEMANDA COLECTIVA Y/O PARTICIPAR EN ELLA. Si su plan/política se rige por 45 CFR 147.136, este acuerdo no limita sus derechos a la revisión interna y externa de las determinaciones adversas de beneficios según se establece en esa ley. El cumplimiento de esta disposición de arbitraje, incluida la renuncia a entablar una demanda colectiva, se determinará conforme a la Ley de Arbitraje Federal ("FAA"), incluido el efecto de derecho previo de la FAA sobre la ley estatal. Al firmar, o escribir su nombre a mano o a máquina a continuación, acepta los términos de este contrato y reconoce que su firma o su nombre escrito a mano o a máquina constituyen una firma válida y vinculante.

<b>Firme aquí</b>	Firma del solicitante <b>X</b>	Fecha (MM/DD/AAAA) / /
-------------------	-----------------------------------	---------------------------

<sup>1</sup> Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los CMS de recopilar los números de Seguro Social.