Información para solicitantes que solicitan un Período de inscripción especial

Anthem

Cuando se solicita la inscripción para recibir cobertura durante un Periodo de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés), un solicitante debe ser elegible para inscribirse y presentar la documentación de respaldo de un evento calificador. El solicitante no podrá postularse sin presentar esta documentación.

Revise la siguiente lista que describe ejemplos de lo que puede usarse como documentación de respaldo. Asegúrese de enviar una copia de la documentación de respaldo del evento calificador cuando presente la solicitud completada o de cargar una copia de la documentación cuando presente la solicitud en línea.

Para solicitudes en papel, envíe copias legibles de todo y mantenga todos los documentos originales para sus registros personales, ya que no se le devolverá ninguna documentación original. Escriba el nombre del solicitante en la parte superior de cada página de la documentación de respaldo.

Luego de analizar la información proporcionada, podremos solicitar documentación adicional para confirmar la elegibilidad. Tenga en cuenta que la pérdida de la cobertura de salud debido a fraude, tergiversación intencional de hechos materiales o a la falta de pago de la prima no constituye un evento calificador.

Si tiene más preguntas sobre los eventos calificadores o la documentación de respaldo requerida, llame a su agente o servicio de atención al cliente al 1-855-383-7247.

Documentación de respaldo por tipo de evento calificador
Intercambio fuera del mercado para todos los solicitantes de un SEP para planes de Anthem Blue Cross

Evento calificador	Descripción y ejemplos de documentación de respaldo
La Cobertura esencial mínima se perdió o se perderá por: **Pérdida involuntaria de la cobertura esencial mínima por un motivo que no sea fraude, tergiversación intencional de hechos materiales o falta de pago de la prima**	**Pérdida de la cobertura esencial mínima debido a cambio en la situación de empleo:** ○ Carta del empleador en papel membretado o información de la aseguradora anterior (estado de cuenta reciente, tarjeta de ID) que confirme la pérdida de cobertura (fecha y personas afectadas) y razón de la pérdida de la Cobertura esencial mínima (es decir, reducción de las horas de trabajo, etc.) **o** ○ Carta que notifica sobre la **oferta** de COBRA o los beneficios de la continuación estatal. **Pérdida de la cobertura esencial mínima debido a pérdida de elegibilidad del dependiente:** **Debido a fallecimiento:** ○ Carta del empleador en papel membretado o información de la aseguradora anterior (estado de cuenta reciente, tarjeta de ID) que confirme la pérdida de cobertura (fecha e individuos) y ○ Copia del certificado de defunción u obituario. **Debido a la inscripción en Medicare:** ○ Carta del empleador en papel membretado o información de la aseguradora anterior (estado de cuenta reciente, tarjeta de ID) que confirme la pérdida de cobertura (fecha e individuos) y ○ Copia de la tarjeta de Medicare o carta de aprobación del Seguro Social. **Debido a un dependiente que supera la edad límite:** ○ Carta del empleador en papel membretado o información de la aseguradora anterior (estado de cuenta reciente, tarjeta de ID) que confirme la pérdida de cobertura (fecha e individuos). **Debido a una separación legal, divorcio, disolución de unión concubinaria:** ○ Carta del empleador en papel membretado o información de la aseguradora anterior (estado de cuenta reciente, tarjeta de ID) que confirme la pérdida de cobertura (fecha e individuos) y ○ Sentencia de divorcio, acuerdo de separación legal o rescisión notariada/legal de una unión concubinaria.

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company son licenciatarios independientes de Blue Cross Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Evento calificador	Descripción y ejemplos de documentación de respaldo
Continuación	**Pérdida de la cobertura esencial mínima debido al agotamiento de los beneficios de COBRA o de la continuación estatal:** ∘ Carta que notifica sobre la terminación de COBRA o los beneficios de la continuación estatal.
Mudanza permanente a una nueva área de servicio	∘ La documentación del antiguo domicilio y nuevo domicilio del solicitante (si no estuviese presente en la carta de empleo o documentación de la aseguradora anterior) que pueda ser validada por cualquiera de los siguientes: — Factura de servicios públicos reciente (eléctrico, agua, teléfono, internet, cable). — Contrato de arrendamiento firmado, acuerdo/contrato de alquiler, hipoteca o documentación de residencia en un centro de residencia asistida/hogar de ancianos. — Una escritura que demuestre que el solicitante es propietario en la nueva área de servicios — Licencia de conducir nueva con la dirección nueva del área de servicios. — Recibo del pago del impuesto a la propiedad. — Documentos de seguro, como declaración o póliza de seguro de vida, del arrendatario o del propietario. — Correo del Departamento de Vehículos Motorizados, como una licencia de conducir, registro de un vehículo o tarjeta de cambio de domicilio. — Identificación estatal. — Documentos escolares oficiales, que incluyen la inscripción escolar, boletines de calificaciones o documentación de vivienda. — Correo de un organismo gubernamental enviado a su dirección, como una declaración del Seguro Social o una notificación de un organismo del SNAP o la TANF. — Correo de una institución financiera, como un estado de cuenta bancario. — Carta del servicio postal de los Estados Unidos que confirma el cambio de domicilio. — Recibo de sueldo con el domicilio. — Tarjeta de registro de votante con el nombre y domicilio. — Recibo o contrato de la compañía de mudanzas que muestre la dirección. — Documento del Departamento de Correcciones, cárcel o prisión que indique la reciente liberación o libertad bajo palabra, lo cual incluye una disposición de libertad bajo palabra, disposición de liberación o certificado de domicilio. — Si usted no tiene hogar o se encuentra en alojamiento transitorio, usted deberá enviar una carta o declaración de otro residente en el mismo estado, que declare que saben dónde usted vive y pueda verificar su residencia. Esta persona debe probar su propia residencia al incluir uno de los documentos enumerados anteriormente. — Si usted vive en la casa de otra persona, como un miembro de su familia, amigo o compañero de cuarto, una carta/declaración de esa persona declarando que usted vive con ellos. Esta persona debe probar su propia residencia al incluir uno de los documentos enumerados anteriormente. — Carta de un proveedor de servicios sociales sin fines de lucro local, consejero de solicitud certificado, asesor o centro de salud con aprobación federal que pueda verificar su dirección. Si no tiene hogar, puede presentar una carta de una entidad gubernamental o sin fines de lucro, incluidos los refugios, donde se verifique su dirección. — Los consumidores que viven en áreas rurales pueden proporcionar una dirección de envío de correspondencia de ruta rural. La documentación de respaldo debe incluir el nombre del solicitante y el domicilio residencial que aparece en la solicitud (domicilio nuevo) y la documentación del domicilio anterior, que debe incluir el nombre del solicitante y el domicilio residencial anterior a la mudanza. Para **solicitudes sólo para niños**, el nombre del padre/tutor en la sección de firma de la solicitud debe coincidir con el nombre de la documentación de respaldo.

Evento calificador	Descripción y ejemplos de documentación de respaldo
Exigencia, por medio de una orden judicial, de proporcionar cobertura a un(a) hijo(a) elegible, incluida la orden de manutención de un hijo, presentación de una solicitud de custodia de un niño o asignación de custodia de un niño.	Documentación legal de tutela que indique que el suscriptor o el cónyuge del suscriptor es el tutor del solicitante u orden judicial que indique que el suscriptor debe brindar cobertura al solicitante. Contáctenos si su solicitud es para una póliza para niños únicamente.
Nacimiento de un hijo, adopción de un niño o colocación de un niño con usted en adopción.	**Nacimiento:** Certificado de nacimiento **o** registros médicos del hospital o pediatra que indiquen los nombres de los padres, el nombre del bebé y la fecha de nacimiento. NOTA: *Para miembros actuales de Anthem, la constancia de parto de la madre puede ser considerada como documentación de respaldo.* **Adopción/ubicación para adopción:** Certificado de adopción o documento que establezca la colocación de un niño en adopción del solicitante.
Se casó o convive con su pareja de hecho, lo que cumple con la elegibilidad para la cobertura.	Certificado de matrimonio o declaración de pareja doméstica.
Se mudaron a los EE. UU. de un país extranjero o territorio de los EE. UU.	∘ Documentación de la mudanza (incluida la fecha de la mudanza) que puede ser validada por un pasaporte, VISA o boleto de avión; **y** ∘ Documentación del nuevo domicilio que puede ser validada por cualquiera de los siguientes: — Contrato de arrendamiento de vivienda firmado, contrato/acuerdo de alquiler, hipoteca. — Una escritura que demuestre que el solicitante es propietario en la nueva área de servicios. — Si usted no tiene hogar o se encuentra en alojamiento transitorio, usted deberá enviar una carta o declaración de otro residente en el mismo estado, que declare que saben dónde usted vive y pueda verificar su residencia. Esta persona debe probar su propia residencia al incluir uno de los documentos enumerados anteriormente. — Si usted vive en la casa de otra persona, como un miembro de su familia, amigo o compañero de cuarto, una carta/declaración de esa persona declarando que usted vive con ellos. Esta persona debe probar su propia residencia al incluir uno de los documentos enumerados anteriormente. — Carta de un proveedor de servicios sociales sin fines de lucro local, consejero de solicitud certificado, asesor o centro de salud con aprobación federal que pueda verificar su dirección. Si no tiene hogar, puede presentar una carta de una entidad gubernamental o sin fines de lucro, incluidos los refugios, donde se verifique su dirección. ∘ **Y** un documento adicional de respaldo del nuevo domicilio que puede ser validado por uno de los siguientes en nombre del solicitante: — Factura de servicios públicos reciente (eléctrico, agua, teléfono, internet, cable). — Licencia de conducir nueva con la dirección nueva del área de servicios. — Recibo del pago del impuesto a la propiedad. — Documentos de seguro, como declaración o póliza de seguro de vida, del arrendatario o del propietario. — Correo del Departamento de Vehículos Motorizados, como la licencia de conducir o registro vehicular. — Identificación estatal. — Documentos escolares oficiales, que incluyen la inscripción escolar, boletines de calificaciones o documentación de vivienda. — Correo de un organismo gubernamental enviado a su dirección, como una declaración del Seguro Social o una notificación de un organismo del SNAP o la TANF. — Correo de una institución financiera, como un estado de cuenta bancario. — Recibo de sueldo con el domicilio o carta de empleo/contrato del empleador. — Tarjeta de registro de votante con el nombre y domicilio. — Recibo o contrato de la compañía de mudanzas que muestre la dirección.

Evento calificador	Descripción y ejemplos de documentación de respaldo
Liberación de la cárcel o prisión (encarcelación)	Documentos del Departamento Correccional o Penal local, estatal o federales que muestren la fecha de la puesta en libertad legal del solicitante.
Muerte de un miembro de la familia inscrito en la cobertura actual	◦ Carta del empleador en papel membretado o información de la aseguradora anterior (estado de cuenta reciente, tarjeta de ID) que confirme la cobertura (fecha e individuos); **y** ◦ Copia del certificado de defunción u obituario.
La póliza actual no se renueva en base a año calendario (se renueva en una fecha diferente al 1.° de enero)	Información de la aseguradora anterior (estado de cuenta reciente, tarjeta de ID, carta de renovación) que confirme la cobertura (fecha e individuos) y fecha de renovación de la cobertura.
El proveedor de cobertura de salud violó sustancialmente una disposición material del contrato de cobertura de salud	Carta del miembro y documentación de respaldo de la aseguradora o del Mercado de Seguros.
La pérdida de los servicios prestados por el Proveedor contratante para una condición aguda, una enfermedad crónica grave, un embarazo, una enfermedad terminal, el cuidado del recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad o la realización de una cirugía u otro procedimiento que el Proveedor haya recomendado y documentado y que este ya no esté participando en el plan de beneficios de salud.	Carta de la aseguradora O del proveedor anterior.
Miembro de las Fuerzas de reserva del ejército de EE. UU. que regresa de haber estado en servicio activo o miembro de la Guardia Nacional de California que regresa de haber estado en servicio activo	Documentos de baja que indiquen la fecha de baja del servicio activo.
Cualquier otro evento o circunstancia descritos en las reglas establecidas por las leyes estatales o federales vigentes que rigen la definición de los eventos calificadores.	Un tipo de documento oficial, por ejemplo una carta u otra documentación de respaldo, en el que el emisor (tal como el empleador o una agencia estatal o federal) confirme que el evento calificador ocurrió, la fecha del evento y los nombres de todos los solicitantes afectados.

Evento calificador	Descripción y ejemplos de documentación de respaldo
Empleados y sus dependientes que tengan acceso por primera vez a un Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement (ICHRA, Plan de reembolso para la salud de la cobertura individual) o un Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement (QSEHRA, Plan de reembolso para la salud de los pequeños empresarios calificados). También aplica para quienes hayan tenido los planes QSEHRA o ICHRA anteriormente, o se los hayan ofrecido, y la cobertura haya terminado (o hayan rechazado la oferta) y, luego, se los hayan ofrecido nuevamente, ya sea durante el período de inscripción abierta anual del empleador o porque el empleado se cambia a una clase diferente de empleados que son elegibles para la cobertura.	Copia de la oferta de ICHRA o QSEHRA.
El solicitante no se inscribió en un plan de beneficios de salud durante el período inmediatamente anterior debido a que recibió información errónea de que contaba con una cobertura esencial mínima.	Carta del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud o del Mercado de Seguros en la que se confirma que los solicitantes recibieron información errónea de que contaban con una cobertura esencial mínima y no se inscribieron en un plan durante el período de inscripción inmediatamente anterior.

Nombre del solicitante principal: _____

Bienvenido

Solicitud individual de California

Gracias por elegirnos. Nos alegra que esté aquí.

Si tiene alguna pregunta mientras completa este formulario, llámenos al 1 (877) 212-1796. Pero, si ha trabajado con un agente o corredor de seguros, comuníquese primero con ellos.

Acerca de este formulario

Utilice este formulario para solicitar una **nueva** cobertura médica o para **cambiar** la cobertura existente con Anthem Blue Cross (Anthem).

Puede solicitar o cambiar la cobertura:

1. **Durante el periodo de inscripción abierta anual**
   Su cobertura comenzará según el momento en que recibamos su solicitud completa. La fecha más temprana en la que puede comenzar la cobertura es el 1.º de enero.
   Si recibimos su solicitud:
   - Entre el 1.º de noviembre y el 15 de diciembre, la cobertura comenzará el 1.º de enero.
   - Entre el 16 de diciembre y el 31 de enero, la cobertura comenzará el 1.º de febrero.
2. **Cuando tiene un periodo de inscripción especial debido a un evento calificado**
   Cuando haya terminado con este formulario, complete el **Anexo A: Inscripción especial**, que incluye información sobre los eventos calificados y cuándo comienza la cobertura.

Consejos para completar este formulario

- Responda todas las preguntas. Escriba de forma clara en letra de imprenta y solo con tinta azul o negra.
- Envíe todas las páginas.
- También puede presentar su solicitud en línea, en anthem.com/ca.
- Consulte la Guía del producto para obtener detalles sobre el plan y la inscripción. ¿No tiene una copia? Solicítesela a su agente de seguros o contáctenos.
- Si se está inscribiendo en un plan médico, debe elegir un médico de atención primaria (PCP). Vea una lista de médicos de su plan en anthem.com/ca o llámenos. Si no elige un PCP, nosotros elegiremos uno cerca de usted.

Algunas preguntas frecuentes

1. **¿Debo incluir un pago?**
   Sí. No podemos procesar su solicitud sin su pago de la prima del primer mes. Sin este pago, su inscripción se retrasará.
   No incluiremos cargos en su tarjeta ni cobraremos su cheque o giro postal hasta que se haya inscrito.
2. **¿Por qué necesitan mi Número de Seguro Social (SSN)?**
   El Servicio de Impuestos Internos (IRS) nos exige que lo obtengamos. No se compartirá a menos que sea requerido por ley.
   Si se inscribe en un plan compatible con la cuenta de ahorros para la salud (HSA) con nosotros, podemos dárselo a nuestro socio bancario de la cuenta HSA.

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Licenciatario independiente de Blue Cross Association.
Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Solicitud individual de California

Indique la razón de esta solicitud:
☐ Inscripción abierta
☐ Periodo de inscripción especial (complete también el Anexo A)

Paso 1: ¿Quién es el solicitante?

☐ Cobertura nueva

☐ Cambio de cobertura
☐ Adición de dependiente a la cobertura existente

Núm. de identificación del suscriptor _____

Solicitante principal

Apellido (nombre legal)	**Nombre** (nombre legal)	**Inicial del 2.º nombre**	**Número de Seguro Social** - -

Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja doméstica	**Sexo** ☐ M ☐ F	**Fecha de nacimiento** (mm/dd/aaaa) / /	**Condado** (de la dirección de casa)

Dirección de casa (solicitante, padre/madre con custodia o tutor legal) (no una casilla postal)	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**
Dirección de facturación (opcional si es diferente de la dirección de casa)	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**
Dirección postal (opcional si es diferente de la dirección de casa)	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**

Dirección de correo electrónico: _____

Proporciono mi dirección de correo electrónico porque **mis dependientes inscritos y yo queremos recibir información sobre nuestros beneficios de forma electrónica.** Estas comunicaciones pueden incluir información sobre tarjetas de identificación, contratos o certificados de cobertura, facturación, explicación de beneficios, avisos requeridos de cancelaciones y renovaciones, e información personalizada útil o específica que sirva para aprovechar al máximo los beneficios. Entiendo que debo registrarme en anthem.com/ca o en la aplicación móvil de Anthem para obtener el máximo provecho de las herramientas digitales de mi plan y me aseguraré de que Anthem tenga mi correo electrónico actualizado. Mis dependientes inscritos y yo entendemos que podemos actualizar nuestras direcciones de correo electrónico, cambiar las preferencias de comunicación y solicitar copias gratuitas de cualquier material ingresando a anthem.com/ca o llamando al número de Servicios para Miembros que figura en mi tarjeta de identificación.

Teléfono principal	☐ El solicitante SÍ habla, lee y/o escribe inglés. Si el solicitante no habla, lee ni escribe inglés, el intérprete debe firmar y presentar una "Declaración de responsabilidad" (Apéndice B).
Idioma escrito preferido	☐ Inglés (ENG) ☐ Español (SPA) ☐ Chino (ZHO) (C/M) ☐ Coreano (KOR) ☐ Tagalo (TGL) ☐ Vietnamita (VIE) ☐ Otro (escríbalo) _____
Idioma hablado preferido	☐ Inglés (ENG) ☐ Español (SPA) ☐ Chino (ZHO) (C/M) ☐ Coreano (KOR) ☐ Tagalo (TGL) ☐ Vietnamita (VIE) ☐ Otro (escríbalo) _____

PCP	**Identificación del PCP**	**Paciente actual** ☐ Sí ☐ No

Cónyuge o pareja doméstica

Apellido (nombre legal)	**Nombre** (nombre legal)	**Inicial del 2.º nombre**	**Número de Seguro Social** - -

Relación con el solicitante ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica	**Sexo** ☐ M ☐ F	**Fecha de nacimiento** (mm/dd/aaaa) / /

PCP	**Identificación del PCP**	**Paciente actual** ☐ Sí ☐ No

Dependiente

Los hijos deben ser menores de veintiséis (26) años. Los hijos mayores de 26 años pueden ser elegibles para la cobertura como dependientes si no pueden trabajar para mantenerse debido a una condición, enfermedad o lesión que provoquen incapacidad física o mental, y, sobre todo, si dependen del titular de la póliza o suscriptor para recibir apoyo y manutención. Para calificar como dependiente mayor de edad, la discapacidad del dependiente debe comenzar antes del final del periodo en que pasaría a ser no elegible para la cobertura.

El padre/la madre o el padrastro/la madrastra deben cumplir con la definición de pariente calificado según la ley federal, que incluye depender del hijo/la hija o del hijastro/la hijastra para más del 50% de su apoyo financiero, para ser elegible. No hay requisito con respecto a la edad.

Apellido (nombre legal)	**Nombre** (nombre legal)	**Inicial del 2.º nombre**	**Número de Seguro Social** - -
Relación con el solicitante ☐ Hijo ☐ Padre/madre-Padrastro/madrastra ☐ Otro _____	**Sexo** ☐ M ☐ F	**Fecha de nacimiento** (mm/dd/aaaa) / /	
PCP	**Identificación del PCP**		**Paciente actual** ☐ Sí ☐ No

Dependiente

Apellido (nombre legal)	**Nombre** (nombre legal)	**Inicial del 2.º nombre**	**Número de Seguro Social** - -
Relación con el solicitante ☐ Hijo ☐ Padre/madre-Padrastro/madrastra ☐ Otro _____	**Sexo** ☐ M ☐ F	**Fecha de nacimiento** (mm/dd/aaaa) / /	
PCP	**Identificación del PCP**		**Paciente actual** ☐ Sí ☐ No

Dependiente

☐ **Marque aquí si tiene más dependientes**. Imprima una copia adicional de esta página y adjúntela a su solicitud.

Apellido (nombre legal)	**Nombre** (nombre legal)	**Inicial del 2.º nombre**	**Número de Seguro Social** - -
Relación con el solicitante ☐ Hijo ☐ Padre/madre-Padrastro/madrastra ☐ Otro _____	**Sexo** ☐ M ☐ F	**Fecha de nacimiento** (mm/dd/aaaa) / /	
PCP	**Identificación del PCP**		**Paciente actual** ☐ Sí ☐ No

Elegibilidad

Estas respuestas son necesarias para determinar su elegibilidad.

¿Hay algún solicitante inscrito en Medicare? ☐ No ☐ Sí **Si la respuesta es Sí, ¿quién?***

¿Hay algún solicitante actualmente encarcelado (a quien le queden más de 60 días de prisión antes de ser puesto en libertad) como consecuencia de una condena? (no solo pendiente de la disposición de cargos) ☐ No ☐ Sí **Si la respuesta es Sí, ¿quién?**

¿Tiene un hijo de 26 años o más que no puede trabajar para mantenerse debido a una condición, enfermedad o lesión que provoquen incapacidad física o mental, y para quien está solicitando cobertura en virtud de este contrato?
☐ No ☐ Sí **Si la respuesta es Sí,** debe presentar un formulario de dependiente discapacitado aparte para determinar la elegibilidad.
☐ Marque esta casilla y le enviaremos el formulario.

* Si busca agregar a un dependiente padre/madre o padrastro/madrastra que es elegible para o está inscrito en Medicare al momento de recibir esta solicitud, el Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP) puede brindar consejería sobre seguro médico a residentes adultos mayores de California sin cargo. Para obtener más detalles, puede llamar al HICAP al 1-800-434-0222.

Paso 2: ¿Qué cobertura desea?

Planes médicos

Elija solo un plan médico. Si selecciona un producto de EPO, asegúrese de seleccionar un médico de atención primaria (PCP) en el Paso 1.

Los solicitantes de un plan médico deben residir en uno de estos condados para inscribirse: Alameda, Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Glenn, Humboldt, Imperial, Inyo, Kern, Lake, Lassen, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Monterey, Napa, Nevada, Placer, Plumas, Sacramento, San Benito, San Francisco, San Joaquin, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Barbara, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Sierra, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Sutter, Tehama, Trinity, Tulare, Tuolumne, Ventura, Yolo o Yuba.

Anthem Bronze	Anthem Silver	Anthem Gold	Anthem Platinum
☐ 60 D EPO (6R4V) ☐ 60 D HDHP EPO (6R4G)	☐ 70 Off Exchange EPO (6R57)	☐ 80 D EPO (6R4H)	☐ 90 D EPO (6R5K)

Anthem Catastrophic	Solo disponible para solicitantes menores de 30 años, a menos que sean calificados de otra manera.
☐ Minimum Coverage D EPO (6R5J)	

Planes médicos

Elija solo un plan médico. Si selecciona un producto de HMO, asegúrese de seleccionar un médico de atención primaria (PCP) en el Paso 1.

Los solicitantes de un plan médico deben residir en uno de estos condados para inscribirse: Fresno, Kings, Los Angeles East, Los Angeles West, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino o San Diego.

Anthem Bronze	Anthem Silver	Anthem Gold	Anthem Platinum
☐ 60 D HMO (6R5G)	☐ 70 Off Exchange HMO (6R5A)	☐ 80 D HMO (6R4D)	☐ 90 D HMO (6R5L)

Anthem Catastrophic	Solo disponible para solicitantes menores de 30 años, a menos que sean calificados de otra manera.
☐ Minimum Coverage D HMO (6R5E)	

Inscripción en una cuenta de ahorros para la salud (HSA)	Si elige un plan compatible con la cuenta HSA, seleccione una de las opciones a continuación:

☐ Solicito que Anthem facilite la apertura de mi cuenta HSA con su proveedor de servicios y, como parte de esa transacción, entiendo que Anthem divulgará mi nombre, mi SSN y datos de reclamaciones, y los de mis dependientes, si corresponde, a su proveedor de servicios para respaldar mi HSA.

☐ Solicito que Anthem NO facilite la apertura de una cuenta HSA con su proveedor de servicios para mí.

Cobertura médica actual	☐ Uno o más solicitantes actualmente tienen cobertura médica (complete la información a continuación).

Nombre de la persona cubierta (apellido, nombre, inicial del 2.º nombre)	Tipo de cobertura	Nombre del asegurador	Núm. de identificación de la póliza	Fechas de la cobertura (si corresponde) (mm/dd/aaaa) Fecha de extinción (si es diferente de la fecha de finalización de la cobertura)
	☐ Grupal ☐ Individual			**Inicio:** / / **Finalización:** / / **Fecha de extinción:** / /
	☐ Grupal ☐ Individual			**Inicio:** / / **Finalización:** / / **Fecha de extinción:** / /
	☐ Grupal ☐ Individual			**Inicio:** / / **Finalización:** / / **Fecha de extinción:** / /
	☐ Grupal ☐ Individual			**Inicio:** / / **Finalización:** / / **Fecha de extinción:** / /

	☐ Grupal ☐ Individual			**Inicio:** / / **Finalización:** / / **Fecha de extinción:** / /

NOTA: La inscripción en el plan seleccionado depende de que usted resida o trabaje dentro del área de servicio geográfica del plan, y de 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 usted 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.

Paso 3: Lea y firme

Información legal importante

Todos los solicitantes
Yo, el que suscribe, entiendo que, de acuerdo con el plan/la póliza de Anthem en el/la cual me estoy inscribiendo, tendré costos financieros personales considerablemente más altos si utilizo un hospital o médico fuera de la red que si utilizo un hospital o médico de la red. Comuníquese con el Servicio al Cliente al 1 (855) 383-7247 si tiene alguna pregunta sobre el uso de los proveedores de la red y el impacto económico de usar proveedores fuera de la red.

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

Entiendo que:

- Debo incluir el primer pago de la prima con esta solicitud, pero eso no significa que se haya aprobado la cobertura. Solicito la cobertura que elegí en el paso 2. En la medida en que lo permita la ley, Anthem tiene derecho a aceptar o rechazar esta solicitud. Si se rechaza mi solicitud, no habrá cargos en mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito y, si pagué con un giro postal, se me devolverá.
- Soy responsable de notificar a Anthem, de manera oportuna, de cualquier cambio que haga que yo o cualquier dependiente pasemos a ser no elegibles para la cobertura.
- Los pagos con cheque pueden manejarse como transacciones de débito de la cámara de compensación automática (ACH). Eso significa que, si pago con cheque, el cheque en papel será destruido y el pago por débito aparecerá en mi estado de cuenta bancaria. Mi cheque no será entregado a mi institución financiera ni me será devuelto. Esto no significa que estaré inscrito en un proceso de débito automático para pagar mi prima. Cualquier nueva presentación debido a la insuficiencia de fondos también puede ser electrónica. Todas las transacciones con cheques permanecerán seguras, y mi pago con cheque significa que estoy de acuerdo con estos términos.
- Acepto y consiento la grabación y/o supervisión de cualquier conversación telefónica entre Anthem y yo.
- Al proporcionar un número de teléfono, acepto y consiento que Anthem y sus afiliados me llamen o me envíen mensajes de texto mediante sistemas automatizados de marcación telefónica y/o de mensajes grabados al número que figura en esta solicitud para brindarme información sobre mis beneficios.
- Solicito cobertura médica individual que no forma parte de ningún plan patrocinado por el empleador y soy responsable de todos los pagos de las primas y de asegurar que todas las primas se paguen a tiempo.
- Certifico que todos los números de Seguro Social que figuran en esta solicitud son correctos.
- Mi pareja doméstica, si corresponde, solo es elegible para la cobertura si él o ella ha establecido una relación de pareja doméstica conmigo conforme a la ley de California.
- Declaro que he leído la sección Información legal importante y estoy de acuerdo con las condiciones de la cobertura. Declaro que las respuestas dadas a todas las preguntas de esta solicitud son veraces y exactas, a mi leal saber y entender, y entiendo que Anthem confía en ellas al aceptar esta solicitud. Cualquier acto, práctica u omisión que constituya fraude o tergiversación intencional de algún hecho sustancial que se encuentre en esta solicitud puede dar lugar a la denegación de beneficios, y la rescisión o cancelación de mi(s) cobertura(s).

Firmo esta solicitud en nombre de cualquier dependiente elegible y en mi nombre si estamos cubiertos por Anthem. Actúo como su agente y representante. Esta solicitud no puede ser modificada por el solicitante después de haberla presentado a Anthem sin el reconocimiento y consentimiento de Anthem.

Rescisión de la membresía
Cada solicitante de 18 años o mayor reconoce lo siguiente: He proporcionado respuestas veraces y completas a todas las preguntas de la solicitud, a mi leal saber y entender, y entiendo que todas las respuestas son importantes y se tendrán en cuenta para la aceptación o denegación de esta solicitud. Entiendo que toda la información que conozco, que responda a una pregunta de esta solicitud, debe proporcionarse en mis respuestas de acuerdo con la ley de California.

El solicitante principal, además, reconoce lo siguiente: Todos mis dependientes que figuran en esta solicitud y que tienen 18 años o más han leído esta solicitud y han proporcionado información completa y precisa para esta solicitud, a mi leal saber y entender, y han firmado la solicitud a continuación. Además, a mi leal saber y entender, he hecho todo lo necesario para poder asegurarles que toda la información sobre todos los solicitantes que figuran en esta solicitud, incluidos mis hijos menores de 18 años, es veraz y completa.

Entiendo que, si se rescinde mi plan/póliza, se me enviará una notificación escrita que explicará los motivos de la decisión y mis derechos de apelación. Tengo la opción de presentar una nueva solicitud en el futuro con el fin de que se considere para los beneficios. También entiendo que, de acuerdo con la ley de California, se me solicitará que pague por cualquier servicio que Anthem Blue Cross haya pagado en mi nombre, y que Anthem Blue Cross reembolsará cualquier prima pagada por mí, menos mis gastos médicos que haya pagado Anthem Blue Cross.

REQUISITO PARA EL ARBITRAJE VINCULANTE

TODAS LAS CONTROVERSIAS ENTRE ANTHEM BLUE CROSS Y USTED, INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, LAS QUE SE RELACIONEN CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONFORME AL ACUERDO O CUALQUIER OTRO INCONVENIENTE RELACIONADO CON EL ACUERDO Y LAS RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA, DEBEN RESOLVERSE MEDIANTE ARBITRAJE VINCULANTE, SI EL MONTO EN CONTROVERSIA SUPERA EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL PARA DEMANDAS DE MENOR CUANTÍA Y SI LA CONTROVERSIA SE PUEDE SOMETER A ARBITRAJE VINCULANTE SEGÚN LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES VIGENTES QUE INCLUYEN, ENTRE OTRAS, LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. EN EL CASO DE RECLAMACIONES QUE EXCEDAN 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: 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 CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO, Y NO MEDIANTE UNA DEMANDA O UN PROCESO 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 DISPUTA ANTE UN TRIBUNAL DE JUSTICIA Y UN JURADO, Y ACEPTAN, EN CAMBIO, EL USO DEL ARBITRAJE. USTED Y ANTHEM BLUE CROSS 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 ACUERDO 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, TAL COMO LO EXIGE 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.

Firme a continuación

Solicitante principal (o representante legal)	Fecha (mm/dd/aaaa) / /
Cónyuge/pareja doméstica (o representante legal)	Fecha (mm/dd/aaaa) / /
Dependiente (de 18 años o mayor)	Fecha (mm/dd/aaaa) / /
Dependiente (de 18 años o mayor)	Fecha (mm/dd/aaaa) / /
Dependiente (de 18 años o mayor)	Fecha (mm/dd/aaaa) / /

¿Lo ayudó un agente o un corredor de seguros?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, asegúrese de que complete esta sección.

Certificación del agente o corredor de seguros Se requiere completar todos los campos.

Certifico que, a mi leal saber y entender, las respuestas que figuran en el presente documento son exactas.

☐ No he tenido ninguna interacción con este solicitante ni por teléfono, ni por correo electrónico, ni en persona, y no le he proporcionado ninguna información, no lo he aconsejado ni lo he ayudado de ninguna manera mientras proporcionaba respuestas a cualquier pregunta de la solicitud.

☐ Ayudé al solicitante a presentar esta solicitud. A mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es completa y exacta. Le expliqué al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo que implica proporcionar información inexacta, y el solicitante entendió la explicación.

AVISO: Si usted declara algún hecho sustancial que sabe que es falso, está sujeto a una multa civil de hasta diez mil dólares ($10,000), según lo autoriza el Código de Salud y Seguridad de California, Sección 1389.8(c)/Código de Seguros, Sección 10119.3.

Firma del agente/corredor de seguros	**Fecha** (mm/dd/aaaa) / /
Nombre del agente (escriba de forma clara en letra de imprenta)	
***(A) TIN/SSN del agente suscriptor** (se acepta el TIN cifrado)	****(B) TIN del agente suscriptor/agencia** (se acepta el TIN cifrado)

Dirección del agente de seguros	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**

Núm. de teléfono del agente de seguros	**Núm. de fax del agente de seguros**	**Correo electrónico del agente de seguros**

*** Campo (A)**: Si usted es un agente directo, proporcione su Número de identificación fiscal/Número de seguro social (TIN/SSN) de agente suscriptor.
**** Campo (B)**: Si esta póliza se vende a través de una agencia sin un agente suscriptor, ingrese el TIN de la agencia vendedora en el Campo (A) y el Campo (B); si usted es un agente suscriptor y esta póliza se vende a través de una agencia, ingrese el TIN/SSN del agente suscriptor en el Campo (A) y el TIN de la agencia vendedora en el Campo (B).

Solo cobertura médica: Para conocer más información sobre la compensación de su agente de seguros, visite anthem.ly/ca-aca-58152.

Esto es lo que sigue.

1) ¿Puede verificar algunos elementos? Si son ilegibles o están incompletos, pueden causar demoras en la inscripción.
   - Su nombre y su dirección están claros y completos.
   - Ha incluido el pago de la prima del primer mes.
   - Todas las personas de 18 años o más que solicitan la cobertura firmaron este formulario.
   - Asegúrese de enviar todas las páginas de la solicitud, incluida esta, aunque no tenga un agente de seguros.
   - Si se inscribe debido a un evento calificado, ha completado el Anexo A: Inscripción especial.

2) ¿Está todo correcto? Envíenos esto por correo a Anthem Blue Cross, P.O. Box 659960, San Antonio, TX 78265-9146 o por fax al 1 (800) 848-2512.

3) Estaremos en contacto en las próximas semanas (o antes). Si tiene preguntas antes, llámenos al 1 (855) 383-7247.

¡Gracias!

Anexo A: Inscripción especial

Si solicita cobertura debido a un evento calificado, complete esta sección junto con su solicitud.

Fecha del evento calificado	
Fecha del evento calificado (mm/dd/aaaa) / /	Para la pérdida de cobertura, esta es la última fecha de cobertura existente o anterior. Para todos los demás eventos, ingrese la fecha según el evento calificado.

Debe solicitar la cobertura en el plazo de los 60 días posteriores a su evento calificado para los siguientes eventos.

Eventos calificados	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
☐ 1. **Matrimonio o pareja doméstica** Se casó o formó una pareja doméstica que se convierte en elegible para la cobertura (consulte el paso 3 para obtener una descripción de la elegibilidad).	Primer día del mes después de que recibamos su solicitud completa
☐ 2. **Nacimiento o adopción** Nacimiento de un bebé, adopción de un niño o colocación de un niño para su adopción	**Seleccione una fecha de entrada en vigencia:** ☐ La misma que la fecha del evento ☐ Primer día del mes después de que recibamos su solicitud completa ☐ Según el momento en que recibamos su solicitud completa* ☐ Primer día del mes después de la fecha del evento
☐ 3. **Orden judicial o tutela** Requerido por una orden judicial para proporcionar una cobertura de hijo(s) elegible(s), incluida una solicitud de manutención infantil, una aplicación presentada para la designación de la tutela de un niño o la designación de la tutela de un niño	**Seleccione una fecha de entrada en vigencia:** ☐ La misma que la fecha del evento ☐ Según el momento en que recibamos su solicitud completa*
☐ 4. **Muerte** Muerte de un miembro de la familia inscrito en la cobertura actual	**Seleccione una fecha de entrada en vigencia:** ☐ Primer día del mes después de que recibamos su solicitud completa ☐ Según el momento en que recibamos su solicitud completa*
☐ 5. **Problema con el emisor de la cobertura médica anterior** El emisor de la cobertura de salud infringió sustancialmente una cláusula sustancial del contrato de cobertura médica. ☐ 6. **Pérdida de servicio del proveedor contratado** Pérdida de servicios del proveedor contratante conforme a otro plan de beneficios de salud, según se define en la Sección 10965 del Código de Seguros o la Sección 1399.845 del Código de Salud y Seguridad, para una condición descrita en la Sección 1373.96(c) del Código de Salud y Seguridad (condición aguda, condición crónica grave, embarazo, enfermedad terminal, cuidado del recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad, o realización de una cirugía u otro procedimiento que el proveedor haya recomendado y documentado) y ese proveedor ya no está participando en el plan de beneficios de salud. ☐ 7. **Regreso del servicio activo** Miembro de las Fuerzas de Reserva de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. que regresa del servicio activo o miembro de la Guardia Nacional de California que regresa del servicio activo conforme al Título 32 del Código de los EE. UU. ☐ 8. **Desinformación sobre la cobertura anterior** La persona demuestra al Mercado de Seguros Médicos, con respecto a los planes de beneficios de salud ofrecidos a través del Mercado, o al departamento, con respecto a los planes de beneficios de salud que se ofrecen fuera del Mercado, que no se inscribió en un plan de beneficios de salud durante el periodo de inscripción inmediatamente anterior disponible para ella porque se le informó erróneamente que estaba cubierta por la cobertura esencial mínima.	Según el momento en que recibamos su solicitud completa*

* Si la fecha de cobertura se basa en el momento en que recibamos su solicitud completa, y si la recibimos:

- entre el día 1 y el día 15 del mes, la cobertura comienza el 1.er día del mes siguiente.
- entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura comienza el 1.er día del segundo mes siguiente.

Eventos calificados	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
☐ **9. Otro evento calificado** Si no se identifica con ningún caso, comuníquese con su agente/corredor de seguros o llámenos. Solo podemos inscribir sobre la base de eventos definidos por la ley estatal y/o federal. Comentarios _____	Según el momento en que recibamos su solicitud completa*

Debe solicitar la cobertura en el plazo de los 60 días anteriores o 60 días posteriores a su evento calificado para los siguientes eventos.

Eventos calificados	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
☐ **10. Pérdida de la cobertura:** Perdió o perderá la cobertura esencial mínima: Pérdida involuntaria de la cobertura (la pérdida de la cobertura esencial mínima incluye la pérdida de elegibilidad de la cobertura como consecuencia de separación legal, divorcio, cese del estado de dependencia (como cumplir la edad máxima para ser elegible como hijo dependiente conforme al plan), muerte de un empleado, terminación del empleo, reducción en la cantidad de horas de empleo, traslado permanente, etc.). La pérdida de elegibilidad para la cobertura no incluye una pérdida debido a la falta de pago de manera puntual de las primas por parte del empleado o de un dependiente, o a la finalización de la cobertura por causa justificada (como la presentación de una reclamación fraudulenta o la tergiversación intencional de un hecho sustancial en relación con el plan)	Primer día del mes después de que recibamos su solicitud completa
11. Traslado permanente ☐ Se mudó a los EE. UU. desde un país extranjero o un territorio de los EE. UU. ☐ Traslado permanente a una nueva área de servicio (dentro de los EE. UU.). ☐ **12. Renovación fuera del calendario** La póliza actual no se renueva por año calendario (se renueva en una fecha que no sea el 1.º de enero) ☐ **13. Cárcel o prisión** Liberado de la cárcel o prisión (encarcelamiento).	Según el momento en que recibamos su solicitud completa*
☐ **14. ICHRA o QSEHRA** Le ofrecieron u obtuvo acceso a un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA)/Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA) durante el periodo anual de inscripción abierta de su empleador o debido a un cambio en su condición de empleado	Si recibimos la solicitud completa antes de la fecha del evento calificado: • La cobertura comenzará a estar vigente el día de la fecha del evento calificado, si dicho evento sucede el primer día del mes • La cobertura comenzará a estar vigente el primer día del mes siguiente al evento calificado, si dicho evento no sucede el primer día del mes Si recibimos la solicitud completa el día de la fecha del evento calificado o después: • La cobertura comenzará a estar vigente el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud completa

* Si la fecha de cobertura se basa en el momento en que recibamos su solicitud completa, y si la recibimos:

- entre el día 1 y el día 15 del mes, la cobertura comienza el 1.er día del mes siguiente.
- entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura comienza el 1.er día del segundo mes siguiente.

¡Ya casi termina! Necesitamos algunos datos más.

Necesitamos documentación de respaldo para la mayoría de los eventos calificados, como una carta o un formulario oficial de la fuente (empleador, agencia estatal o federal, por ejemplo) para confirmar que el evento calificado ocurrió. También debe incluir la fecha en que ocurrió el evento y los nombres de todos los solicitantes afectados. Si presenta esta solicitud porque ha perdido la cobertura, necesitamos documentación de respaldo donde se indique la razón por la cual perdió la cobertura. En todos los casos, es posible que necesitemos documentación adicional para confirmar la elegibilidad.

Llámenos a nosotros o a su agente de seguros si tiene alguna pregunta.

Apéndice B: Declaración de responsabilidad

Declaración de responsabilidad	Complete cuando el solicitante no pueda completar la solicitud.

Nota: El intérprete debe tener 18 años o más para traducir la solicitud en nombre del solicitante.

Yo, _____, leí y completé personalmente esta Solicitud individual para el solicitante que se nombra a continuación porque:

- ☐ El solicitante no lee inglés
- ☐ El solicitante no habla inglés
- ☐ El solicitante no escribe en inglés
- ☐ El solicitante tiene un dominio limitado del inglés
- ☐ Otro (explique) _____

Interpreté el contenido de este formulario y, a mi leal saber y entender, obtuve y enumeré todo el historial médico y personal solicitados revelados por el

- ☐ Solicitante o por: _____

Idioma interpretado

☐ Español ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Tagalo ☐ Vietnamita ☐ Otro _____

También interpreté y expliqué detalladamente la "Información legal importante" y el "Método de pago".

Firma del intérprete (requerida)	**Fecha** (mm/dd/aaaa) (requerida) / /
Confirmo que la solicitud fue interpretada en mi nombre	
Firma del solicitante (requerida)	**Fecha** (mm/dd/aaaa) (requerida) / /

Métodos de pago para solicitudes individuales

Nombre del solicitante/miembro	Número de Seguro Social del solicitante principal

Yo, el solicitante, soy responsable de los pagos mensuales que deban realizarse a Anthem. Autorizo a Anthem a debitar mi primer pago mensual de la cuenta bancaria indicada o a cobrarlo de la tarjeta de crédito/débito indicada en la fecha de aprobación de mi cobertura o con posterioridad. Al firmar este formulario, comprendo que es posible que el monto de mi primer pago cambie con respecto a lo que se me informó porque mi cobertura no había sido aprobada aún. Además, si elijo la opción 1 o la opción 2 a continuación, comprendo que es posible que varíen mis pagos futuros como consecuencia del (de los) cambio(s) que realice una vez inscrito. Entre dichos cambios se incluyen, a modo de ejemplo, agregar y quitar dependientes, cambiar de domicilio, cambiar la cobertura y/o los cambios que realice Anthem de los cuales recibiré una notificación conforme a mi plan/póliza. Además, entiendo que si realizo cambios cerca de la fecha de retiro automático, es probable que Anthem no pueda notificarme antes de realizar el retiro. **Acepto pagar los servicios que Anthem pueda facturarme por falta de aceptación del débito/cargo.** Entiendo que si mi pago mensual aumenta de acuerdo con un porcentaje determinado, Anthem cancelará mis pagos automáticos y me enviará una notificación. Tendré la opción de reiniciar los pagos mensuales automáticos.

Tenga a bien elegir cómo desea pagar sus pagos mensuales para todos sus planes. Coloque una marca en la opción 1, opción 2 u opción 3.

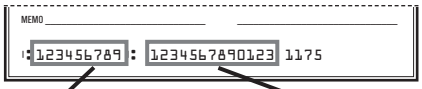
☐ **Opción 1, autorización de cuenta bancaria: Su primer pago y sus futuros pagos mensuales se debitarán automáticamente de su cuenta bancaria.**

Todos los pagos mensuales se deducirán de la **cuenta bancaria** que seleccione a continuación.

Cuenta corriente: ☐ Comercial ☐ Personal

Cuenta de ahorros: ☐ Comercial ☐ Personal

Ingrese la fecha de débito de su cuenta bancaria solicitada ____ (del 1.° al 6.° día de cada mes). Si no solicita una fecha, sus pagos mensuales se debitarán el primer día de cada mes.



Escriba aquí los números de enrutamiento y cuenta que figuran en su cheque: →

9-digit bank routing number	Bank account number

Autorizo a Anthem a debitar automáticamente mis pagos mensuales todos los meses de la **cuenta bancaria** que se indicó más arriba. Acepto que los **derechos de Anthem con cada débito son los mismos que le corresponderían si el débito fuera un cheque que firmé.** Comprendo que los pagos mensuales se realizarán el día que haya indicado o en el plazo de los 3 días hábiles posteriores. Autorizo a Anthem a debitar automáticamente mi cuenta (y a realizar correcciones a mis débitos anteriores). Esta autorización permanecerá vigente hasta que le informe a Anthem que no deseo que siga debitando mi cuenta; para ello, deberé cursarle aviso por escrito con 30 días de antelación. Comprendo que, si por algún motivo, mi banco no le permite a Anthem debitar mi cuenta, seré dado de baja automáticamente de la opción de pagos mensuales automáticos y se me facturará por correo postal. Entiendo que si mi pago mensual aumenta de acuerdo con un porcentaje determinado, Anthem cancelará mis pagos automáticos y me enviará una notificación. Tendré la opción de reiniciar los pagos mensuales automáticos.

Firma autorizada (tal como figura en los registros del banco)	Nombre del titular de la cuenta bancaria en letra de imprenta (tal como figura en la cuenta)	Fecha (MM/DD/AA)
X		

☐ **Opción 2, autorización de tarjeta de crédito/débito: Su primer pago y sus futuros pagos mensuales se cobrarán automáticamente a su tarjeta de crédito/débito.**

Complete la información que figura a continuación

Ingrese la fecha de cargo de su tarjeta de crédito/débito solicitada ____ (del 1.° al 6.° día de cada mes).

Autorizo a Anthem a que cobre automáticamente todos los meses de mi **tarjeta de crédito/débito** que se indica más abajo para realizar mis pagos mensuales. Comprendo que los pagos mensuales se realizarán el día que haya indicado o en el plazo de los 3 días hábiles posteriores. Autorizo a Anthem a que cobre de mi tarjeta de crédito/débito hasta que le informe que no deseo que continúe haciéndolo; para ello, deberé cursar aviso por escrito con 30 días de antelación. Acuerdo que Anthem, al aceptar los pagos mensuales que se cobren de mi tarjeta de crédito/débito, no es responsable de las tarifas que cobre mi banco. Comprendo que, si no se acepta alguna de las transacciones con tarjeta de crédito/débito de Anthem, seré dado de baja automáticamente de los pagos mensuales automáticos y se me facturará por correo postal. Entiendo que si mi pago mensual aumenta de acuerdo con un porcentaje determinado, Anthem cancelará mis pagos automáticos y me enviará una notificación. Tendré la opción de reiniciar los pagos mensuales automáticos.

Anthem acepta ☐ Visa o ☐ Mastercard (Nota para el solicitante: marque una opción).

Número de tarjeta	Fecha de vencimiento ____ (MM/AA)

Dirección de facturación para esta tarjeta de crédito/débito	Ciudad	Código postal

Firma autorizada (tal como figura en la tarjeta)	Nombre del titular de la tarjeta en letra de imprenta (tal como figura en la tarjeta)	Fecha (MM/DD/AA)
X		

Consulte la página dos para obtener información sobre la *opción 3, primer pago mensual únicamente: Envíenos su primer pago mensual ahora y reciba una factura todos los meses para sus futuros pagos mensuales.*

Métodos de pago para solicitudes individuales

Nombre del solicitante/miembro	Número de Seguro Social del solicitante principal

☐ **Opción 3, primer pago mensual únicamente: Envíenos su primer pago mensual ahora y reciba una factura todos los meses para sus futuros pagos mensuales.**

Elija uno de los siguientes medios de pago solo para su primer pago mensual.

☐ Cheque (adjunte su cheque impreso con la solicitud) ☐ Cheque electrónico (complete la siguiente sección A) ☐ Tarjeta de crédito/débito (complete la siguiente sección B)

A. **Cheque electrónico:** En lugar de enviarnos un cheque impreso, puede usar un cheque electrónico que le permite a Anthem tomar el dinero directamente desde su cuenta bancaria para realizar su primer pago en la fecha en que se le proporcione cobertura. No recibirá el cheque de su banco. (No conservaremos esta información en nuestros registros ni la usaremos para pagos futuros). Tenga a bien completar esta información.

Nombre del titular de la cuenta en letra de imprenta	Número de identificación bancaria	Número de cuenta	Monto del primer pago
			$

B. **Tarjeta de crédito/débito:** Autorizo a Anthem a cobrarle a la tarjeta de crédito o débito que se indica a continuación por única vez mi primer pago mensual. Este pago cubrirá el primer pago mensual de todos los planes que tenga con Anthem.

Anthem acepta ☐ Visa o ☐ Mastercard (Nota para el solicitante: marque una opción).

Número de tarjeta	Fecha de vencimiento (MM/AA)

Dirección de facturación para esta tarjeta de crédito/débito	Ciudad	Código postal

Autorizo a Anthem a debitar de mi cuenta bancaria o a cobrarle a mi tarjeta de crédito/débito que se indican más arriba **para realizar únicamente mi primer pago mensual.**

Acepto que Anthem no tendrá que pagar ninguna tarifa que pueda cobrar mi banco en relación con el rechazo de mi cheque electrónico o tarjeta de crédito/débito, incluso si ya no puedo continuar con la cobertura. Comprendo que **este es un pago que se realizará por única vez y que soy responsable de asegurarme que Anthem reciba mis futuros pagos mensuales después de este primer pago.**

Firma autorizada (tal como figura en la cuenta bancaria/tarjeta)	Nombre del titular de la cuenta bancaria/tarjeta en letra de imprenta (tal como figura en la cuenta/tarjeta)	Fecha (MM/DD/AA)
X		

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company son licenciatarios independientes de Blue Cross Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.