

Solicitud de inscripción para empleados de California

Para grupos pequeños

Médico, dental y de la visión



Planes médicos proporcionados por Anthem Blue Cross y planes de seguro proporcionados por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. Usted, el empleado, debe llenar 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. Proporcione la solicitud a su empleador.

Complete con tinta negra solamente.

Núm. de grupo/caso (si lo conoce)

Sección A: Tipo de solicitud (seleccione uno).

☐ Inscripción nueva ☐ Inscripción abierta ☐ Evento calificado

☐ COBRA/Cal-COBRA ☐ Fecha de recontractación (MM/DD/AAAA) / /

Si selecciona **Evento calificado o COBRA/Cal-COBRA**, seleccione un motivo del evento.

☐ Matrimonio ☐ Nacimiento de un hijo ☐ Adopción de un hijo ☐ Divorcio o separación legal ☐ Muerte

☐ COBRA ☐ Cal-COBRA; los solicitantes de Cal-COBRA deben enviar la prima correspondiente al primer mes.

☐ Pérdida involuntaria de la cobertura; explique (requerido): _____

☐ Otro; explique (requerido): _____

Fecha del Evento calificado o COBRA/Cal-COBRA (requerido) (MM/DD/AAAA): / /

Sección B: Información del empleado

Apellido		Nombre		Inicial del 2.º nombre		Núm. de Seguro Social ¹ (requerido)		
Dirección de casa (no se aceptan apartados postales a menos que sea una dirección rural)				Ciudad		Estado		Código postal
Condado		Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja doméstica (DP)		Condición de empleo ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial		Núm. de teléfono principal		
Nombre del empleador								
Dirección laboral física del empleado (requerida)				Ciudad		Estado		Código postal
Fecha de contratación ² (MM/DD/AAAA) / /		Fecha de empleo a tiempo completo (MM/DD/AAAA) / /		Fecha en que comienza el periodo de espera ² (MM/DD/AAAA) / /		Cant. de horas trabajadas por semana		
Idioma (opcional): ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Tagalo								
☐ Otro (especifique): _____								
¿Puede leer y escribir en inglés? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "No", el traductor debe firmar y presentar una declaración de responsabilidad/de traductor.								
Dirección de correo electrónico del empleado: _____								

¹ Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de recopilar esta información.

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

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

1. Cobertura médica	
Tenga en cuenta lo siguiente: Todos los planes médicos² incluyen la cobertura requerida para los beneficios de salud esenciales pediátricos dentales y de la visión.	
Nombre del plan médico ³ :	Código del contrato, si lo conoce:
Cobertura médica para miembros (seleccione una opción): ☐ Empleado solo ☐ Empleado + cónyuge o pareja doméstica ☐ Empleado + hijo(s) ☐ Familia	
2. Cobertura dental. Indique el código de contrato del plan dental seleccionado. Su empleador le informará las opciones de planes y los códigos de contrato.	
Los planes dentales independientes no incluyen beneficios de salud esenciales.	
Nombre del plan dental:	Código del contrato, si lo conoce:
Cobertura dental para miembros (seleccione una opción): ☐ Empleado solo ☐ Empleado + cónyuge o pareja doméstica ☐ Empleado + hijo(s) ☐ Familia	
3. Cobertura de la visión	
Estos planes de la visión opcionales no cubren los beneficios de salud esenciales pediátricos de la visión.	
Nombre del plan de la visión:	Código del contrato, si lo conoce:
Cobertura de la visión para miembros (seleccione una opción): ☐ Empleado solo ☐ Empleado + cónyuge o pareja doméstica ☐ Empleado + hijo(s) ☐ Familia	

1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de recopilar esta información.

2 Estos planes son ofrecidos por Anthem Blue Cross y regulados por el Departamento de Atención Médica 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 de la disponibilidad de la red, el proveedor y el médico dentro del área de servicio geográfica. Si al momento de la inscripción, la red o el médico/grupo médico no está disponible o un empleado no reside ni trabaja en el área de servicio geográfica del plan, es posible que se le asigne o se le solicite que elija un proveedor, una red y/o un plan diferentes.

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 *Encontrar cuidado médico (Find Care)* en anthem.com/ca para determinar si su médico es un proveedor participante. Para planes HMO: 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-hijo² (no incluye niños bajo tutela) o los hijos de su cónyuge o pareja doméstica (hasta el final del mes calendario en que cumplan 26 años de edad). 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 incapacidad 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.

Apellido del empleado		Nombre		Inicial del 2.º nombre	
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	
Nombre del médico de atención primaria (PCP) (si selecciona un plan HMO ³)		Núm. de identificación del PCP		Paciente existente ☐ Sí ☐ No	
Nombre del dentista de atención primaria (PCD) (si selecciona un plan Dental Net DHMO)		Núm. de identificación del PCD		Paciente existente ☐ Sí ☐ No	
Apellido del cónyuge o pareja doméstica		Nombre		Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social ¹ (requerido) - -
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /		Relación con el solicitante ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica	
Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO ³)		Núm. de identificación del PCP		Paciente existente ☐ Sí ☐ No	
Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)		Núm. de identificación del PCD		Paciente existente ☐ Sí ☐ No	
¿Este dependiente tiene una dirección diferente? ☐ Sí ☐ No					
Si la respuesta es "Sí", proporcione la dirección completa y el código postal: _____					
Apellido del hijo dependiente		Nombre		Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social ¹ (requerido) - -
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /		Relación con el solicitante ☐ Hijo ☐ Otra ⁴ Si la respuesta es "Otra", especifique la relación _____	
Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO ³)		Núm. de identificación del PCP		Paciente existente ☐ Sí ☐ No	
Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)		Núm. de identificación del PCD		Paciente existente ☐ Sí ☐ No	
¿Este dependiente tiene una dirección diferente? ☐ Sí ☐ No					
Si la respuesta es "Sí", proporcione la dirección completa y el código postal: _____					

1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de recopilar esta información.

2 Conforme a lo definido en 2 CCR § 599.500(o).

3 La inscripción en el plan seleccionado depende de que el empleado 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 la inscripción, la red o el médico/grupo médico no está disponible o un empleado no reside ni trabaja en el área de servicio geográfica del plan, es posible que se le asigne o se le solicite que elija un proveedor, una red y/o un plan diferentes.

4 La elegibilidad está sujeta a la Evidencia de cobertura.

Apellido del hijo dependiente	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social ¹ (requerido) - -
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Relación con el solicitante ☐ Hijo ☐ Otra ⁴ Si la respuesta es "Otra", especifique la relación _____	
Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO ³)	Núm. de identificación del PCP	Paciente existente ☐ Sí ☐ No	
Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)	Núm. de identificación del PCD	Paciente existente ☐ Sí ☐ No	
¿Este dependiente tiene una dirección diferente? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", proporcione la dirección completa y el código postal: _____			

Sección E: Cobertura previa y otra cobertura grupal

1. ¿Alguno de los solicitantes de cobertura está inscrito actualmente en Medicare? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", 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	Compañía de seguros 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. ¿Alguno de los solicitantes de cobertura está 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 compañía de seguros	Núm. de identificación de la póliza	Fechas (si corresponde) (MM/DD/AAAA)
	☐ Individual ☐ Grupal ☐ Medicare	☐ Médica ☐ Dental ☐ Ortodoncia			Inicio / / Finalización / /
	☐ Individual ☐ Grupal ☐ Medicare	☐ Médica ☐ Dental ☐ Ortodoncia			Inicio / / Finalización / /
	☐ Individual ☐ Grupal ☐ Medicare	☐ Médica ☐ Dental ☐ Ortodoncia			Inicio / / Finalización / /
	☐ Individual ☐ Grupal ☐ Medicare	☐ Médica ☐ Dental ☐ Ortodoncia			Inicio / / Finalización / /

1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de recopilar esta información.

3 La inscripción en el plan seleccionado depende de que el empleado 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 la inscripción, la red o el médico/grupo médico no está disponible o un empleado no reside ni trabaja en el área de servicio geográfica del plan, es posible que se le asigne o se le solicite que elija un proveedor, una red y/o un plan diferentes.

4 La elegibilidad está sujeta a la Evidencia de cobertura.

Sección F: Renuncia/Rechazo de la cobertura (se requiere presentar prueba de cobertura).

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.
☐ Empleado	☐ Médica ☐ Dental ☐ Visión	☐ Sin cobertura ☐ Está cubierto por la cobertura grupal del cónyuge o pareja doméstica ☐ El cónyuge o pareja doméstica está cubierto por la cobertura grupal de su empleador ☐ Está inscrito en una cobertura individual ☐ Medicare/Medicaid/VA ☐ Está inscrito en otro seguro (proporcione el nombre de la compañía y del plan): ☐ Otro, explique: _____
☐ Cónyuge o pareja doméstica	☐ Médica ☐ Dental ☐ Visión	
☐ Dependientes	☐ Médica ☐ Dental ☐ Visión 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 o agente de seguros, ha intentado influenciarme o presionarme para que renuncie a la cobertura. AL RENUNCIAR A ESTA COBERTURA MÉDICA, DENTAL O DE LA VISIÓN GRUPAL (A MENOS QUE EL EMPLEADO Y/O LOS DEPENDIENTES TENGAN COBERTURA MÉDICA, DENTAL O DE LA VISIÓN GRUPAL DE OTRA FUENTE), RECONOZCO QUE ES POSIBLE QUE MIS DEPENDIENTES Y YO DEBAMOS ESPERAR HASTA EL PRÓXIMO PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA PARA INSCRIBIRNOS EN ESTE PLAN MÉDICO, DENTAL O DE LA VISIÓN GRUPAL, A MENOS QUE YO CALIFIQUE PARA UNA INSCRIPCIÓN ABIERTA ESPECIAL. Tenga en cuenta que la cobertura para cónyuge o pareja doméstica y dependientes no estará disponible si el Empleado ha renunciado/rechazado la cobertura.

Inscripción abierta especial

Si rechazó la inscripción para usted o para sus dependientes (incluso para su cónyuge o 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 ciertas situaciones 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 disposición importante del contrato de cobertura médica; (6) accedió a nuevos planes de beneficios de salud como consecuencia de una mudanza 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. NO FIRME AQUÍ SI ESTÁ SOLICITANDO COBERTURA.

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

¹ Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de recopilar esta información.

Sección G: Entrega electrónica de materiales.

Dirección de correo electrónico del empleado: _____

Para **Planes médicos** y todos los **Planes Dental Net DHMO** ofrecidos por Anthem Blue Cross y regulados por el Departamento de Atención de la Salud Administrada.

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 las tarjetas de identificación, los Certificados de cobertura o la Evidencia de cobertura, los reclamos, las apelaciones y las notificaciones de determinación de necesidad médica, la Explicación de beneficios, otros avisos requeridos e información personalizada para contribuir al máximo en pos de mis beneficios. Entiendo que debo registrarme en anthem.com/ca o en la aplicación móvil de Sydney Health para poder sacar el máximo provecho de las herramientas digitales de mi plan y me aseguraré de que Anthem tenga mi dirección de correo electrónico actualizada. Mis dependientes inscritos y yo entendemos que podemos ingresar en anthem.com/ca o llamar al número de Servicios para Miembros que aparece en la tarjeta de identificación para actualizar nuestras direcciones de correo electrónico, cambiar nuestras preferencias de comunicación y solicitar una copia gratuita de los materiales en cualquier momento.

Para los planes **Dental PPO** y **de la visión** ofrecidos por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company y regulados por el Departamento de Seguros de California. Anthem enviará los materiales del plan y los elementos relacionados por correo.

☐ Al firmar a continuación, mis dependientes inscritos y yo queremos recibir información sobre nuestros beneficios de forma electrónica. Estas comunicaciones pueden incluir las tarjetas de identificación, los Certificados de cobertura o la Evidencia de cobertura, las apelaciones y las notificaciones de determinación de necesidad médica, la Explicación de beneficios, otros avisos requeridos de forma legal e información personalizada para contribuir al máximo en pos de mis beneficios. Entiendo que debo registrarme en anthem.com/ca o en la aplicación móvil de Sydney Health para poder sacar el máximo provecho de las herramientas digitales de mi plan, y me aseguraré de que Anthem tenga mi correo electrónico actualizado. Entiendo que este consentimiento es voluntario y que mis dependientes inscritos y yo podemos elegir no participar de la entrega electrónica en cualquier momento. Podemos ingresar en anthem.com/ca o llamar al número de Servicios para Miembros que aparece en la tarjeta de identificación para actualizar nuestras direcciones de correo electrónico, cambiar nuestras preferencias de comunicación y solicitar una copia gratuita de los materiales en cualquier momento.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Sección H: 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. Comprendo que es un delito proporcionar o hacer que se proporcione, deliberadamente, una afirmación o declaración sustancial falsa o fraudulenta a una compañía de seguros con el fin de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro. Comprendo 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 material 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 y/o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. 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 Blue Cross y/o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company se reservan 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.

Acepto notificar de inmediato a mi empleador acerca de 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 para grupos, 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 Blue Cross y/o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company y yo.

Al indicar un número de teléfono, acepto y doy mi consentimiento para que Anthem Blue Cross y/o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 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 Blue Cross 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 para que el custodio financiero pueda proveer a Anthem Blue Cross la información sobre mi cuenta HSA y que yo puedo presentar a Anthem Blue Cross una solicitud por escrito para revocar esta autorización en cualquier momento.

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.

Para su protección, la ley de California requiere que aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o hacer una reclamación del pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

Lea detenidamente. (Se requiere su firma).

REQUISITO PARA EL ARBITRAJE VINCULANTE

TODAS LAS DISPUTAS 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 LA SUMA EN DISPUTA SUPERA EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL PARA DEMANDAS DE MENOR CUANTÍA Y SI LA DISPUTA 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 CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. 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 disputa 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 Asequible, y no mediante 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 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 DISPUTAS 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.

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

¹ Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos y de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de recopilar esta información.