

# Solicitud de inscripción para empleados de grupos pequeños Nevada



Consulte el Folleto o Certificado de cobertura para conocer todos los términos y condiciones de la cobertura. Para obtener más información sobre Anthem Blue Cross and Blue Shield (Anthem), sus productos y servicios, visite [anthem.com](http://anthem.com). Complete en forma electrónica o con tinta negra solamente y use papel adicional si fuese necesario. El empleado que completa esta solicitud es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. Responda todas las preguntas y firme e indique la fecha en la solicitud.

## Sección A: Tipo de solicitud

### Seleccione uno:

☐ Inscripción nueva ☐ Inscripción abierta ☐ COBRA ☐ Fecha de recontractación: (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Seleccione el evento calificativo

☐ Nacimiento, adopción o colocación para adopción (para el nacimiento y la adopción legal) ☐ Derecho de empleados cubiertos a Medicare ☐ Muerte ☐ Abandono del empleo  
☐ Pérdida de la condición de hijo dependiente ☐ Pérdida de CHIP ☐ Pérdida de la cobertura ☐ Medicare  
☐ Reducción de horas ☐ Matrimonio/pareja doméstica ☐ Subsidio médico  
☐ Otro \_\_\_\_\_

Fecha del evento calificado: (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Sección B: Información del empleado

Apellido	Nombre	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	Núm. de Seguro Social <sup>1</sup> (requerido)	
			-	-
Dirección de casa (calle o apartado postal si corresponde)		Ciudad	Estado	Código postal
Condado	Núm. de teléfono principal	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica		
Nombre del empleador			Núm. de grupo (si lo conoce)	
Dirección postal del empleador		Ciudad	Estado	Código postal
Condición de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Discapacitado		Ocupación		
Fecha de contratación (MM/DD/AAAA) / /	Fecha de empleo a tiempo completo (MM/DD/AAAA) / /	Fecha en que comienza el periodo de espera (MM/DD/AAAA) / /	Cant. de horas trabajadas por semana	

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Al suscribir esta solicitud con mis iniciales, doy mi consentimiento para que se utilice mi dirección de correo electrónico para recibir información sobre nuestros beneficios de forma electrónica: \_\_\_\_\_

Proporciono mi dirección de correo electrónico porque mis dependientes inscritos y yo queremos recibir información sobre nuestros beneficios en 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 médica, las Explicaciones de Beneficios, otros avisos requeridos e información personalizada para contribuir al máximo en pos de mis beneficios. Entiendo que debo registrarme en [anthem.com](http://anthem.com) o en la aplicación móvil de Sydney Health<sup>SM</sup> para poder sacar el máximo provecho de las herramientas digitales de mi plan y me aseguraré de que Anthem y HealthKeepers tengan mi correo electrónico actualizado. Mis dependientes inscritos y yo entendemos que podemos ingresar en [anthem.com](http://anthem.com) 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 copias gratuitas de los materiales en cualquier momento.

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

**Sección C: Tipo de cobertura**

<b>1. Cobertura médica.</b> Indique el código de contrato del plan médico seleccionado. Su empleador le informará las opciones de planes y los códigos de contrato.	
Nombre del plan del producto médico:	Código del contrato, si lo conoce:
<b>Cobertura médica para miembros (seleccione una opción):</b> <input type="checkbox"/> Empleado solo <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia	
<b>2. Cobertura dental.</b> Indique el código de contrato del plan dental seleccionado. Su empleador le informará las opciones de planes y los códigos de contrato.	
<b>Los planes dentales independientes no incluyen beneficios básicos de salud.</b>	
Nombre del plan del producto dental:	Código del contrato, si lo conoce:
<b>Cobertura dental para miembros (seleccione una opción):</b> <input type="checkbox"/> Empleado solo <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia	
<b>3. Cobertura de visión.</b> Indique el código de contrato del plan de la visión seleccionado. Su empleador le informará las opciones de planes y los códigos de contrato.	
Nombre del plan del producto de la visión:	Código del contrato, si lo conoce:
<b>Cobertura de la visión para miembros (seleccione una opción):</b> <input type="checkbox"/> Empleado solo <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia	

**Sección D: Información de la familia**

(todos los campos son requeridos). Utilice una hoja adicional si es necesario. Complete esta sección para usted y todos sus dependientes.

La información del dependiente debe ser llenada para todos los dependientes adicionales (si los hubiera) que estarán cubiertos según los términos de esta cobertura. Los dependientes elegibles pueden ser su cónyuge/pareja doméstica, sus hijos o los hijos de su cónyuge/pareja doméstica (hasta el final del mes calendario en que cumplan 26 años, a menos que reúnan los requisitos de persona discapacitada). Incluya a todos los dependientes, comenzando por el mayor.					
<b>Apellido del empleado</b>		<b>Nombre</b>		<b>INICIAL DEL 2.º NOMBRE</b>	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Persona con discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /			
Nombre del médico de atención primaria (PCP)			Núm. de identificación del PCP	Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Apellido del cónyuge/la pareja doméstica</b>		<b>Nombre</b>		<b>INICIAL DEL 2.º NOMBRE</b>	
				<b>Núm. de Seguro Social<sup>1</sup> (requerido)</b> - -	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Persona con discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica		
Nombre del PCP		Núm. de identificación del PCP	Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Apellido del hijo dependiente</b>		<b>Nombre</b>		<b>INICIAL DEL 2.º NOMBRE</b>	
				<b>Núm. de Seguro Social<sup>1</sup> (requerido)</b> - -	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Persona con discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra <sup>2</sup> Si la respuesta es "Otra", especifique la relación: _____		
Nombre del PCP		Núm. de identificación del PCP	Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Este dependiente tiene una dirección diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es afirmativa, proporcione la información: _____					
<b>Apellido del hijo dependiente</b>		<b>Nombre</b>		<b>INICIAL DEL 2.º NOMBRE</b>	
				<b>Núm. de Seguro Social<sup>1</sup> (requerido)</b> - -	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Persona con discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra <sup>2</sup> Si la respuesta es "Otra", especifique la relación: _____		
Nombre del PCP		Núm. de identificación del PCP	Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Este dependiente tiene una dirección diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es afirmativa, proporcione la información: _____					

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

2 La elegibilidad está sujeta al Folleto o Certificado de cobertura.

**Sección E: Cobertura previa y otra cobertura grupal. Utilice una hoja adicional si es necesario.**¿Alguno de los solicitantes de cobertura está inscrito actualmente en Medicare? ☐ 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) / /	Motivo de elegibilidad de Medicare (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal: Fecha de manifestación (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) / /

¿Alguno de los solicitantes de la cobertura está cubierto por otro seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, 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 del asegurador	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"/> Salud <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"/> Salud <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"/> Salud <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"/> Salud <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"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: ____/____/____ Finalización: ____/____/____

**Sección F: Renuncia/rechazo de la cobertura**

Tipo de cobertura/Motivo del rechazo (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 visión	<input type="checkbox"/> Sin cobertura <input type="checkbox"/> Está cubierto por la cobertura grupal del cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja doméstica cubierto por la cobertura grupal de su empleador <input type="checkbox"/> Está inscrito en una cobertura individual <input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid/VA <input type="checkbox"/> Está 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 visión	
<input type="checkbox"/> Dependiente(s)	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión Incluya los nombres de los dependientes que renuncian: _____ _____	

**Firme aquí únicamente si rechaza la cobertura. NO FIRME AQUÍ SI ESTÁ SOLICITANDO COBERTURA.**

<b>Firme aquí para rechazar la cobertura</b>	Firma del solicitante	Nombre del solicitante (letra de imprenta)	Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)
	<b>X</b>		/ /

**Sección G: Términos y condiciones. Lea esta sección atentamente antes de firmar la solicitud.****Empleado elegible:**

- Un empleado activo del empleador que trabaja la cantidad de horas por semana requeridas a fin de ser considerado elegible para recibir beneficios, tal como lo define el empleador y lo aprobó Anthem a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. El empleo debe ser verificable mediante informes de impuestos al salario estatales o federales.
- Es un empleado, como se definió anteriormente, que empieza a trabajar después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura y que concluye el periodo de espera impuesto por el grupo para la elegibilidad (si corresponde) y solicita la cobertura en el plazo de 30 días.
- Cualquier otro grupo de personas identificado por el empleador, siempre que se obtenga una aprobación por escrito de su elegibilidad por parte de la(s) compañía(s); o
- Los empleados que son elegibles para continuar recibiendo la cobertura conforme a las leyes estatales o federales.

Un empleado elegible no incluye a contratistas independientes (cuya compensación se informa en el Formulario 1099 del IRS), directores ni agentes del titular de la póliza para grupos si estos no trabajan la cantidad de horas requeridas por semana descrita anteriormente.

**Dependiente elegible** (consulte el Folleto o el Certificado de cobertura para conocer todos los términos de elegibilidad para dependientes):

- El cónyuge/pareja doméstica del empleado o los hijos de hasta 26 años, incluidos recién nacidos, hijos naturales o un niño entregado en adopción al empleado, un hijastro o cualquier otro menor del que el empleado tenga la tutela legal o su custodia por orden judicial. El límite de edad para inscribir a un hijo es 26 años. La cobertura de un hijo finalizará el último día del mes en el que el hijo cumple los 26 años.
- El límite de edad de 26 años no se aplica para la inscripción inicial ni para la mantención de la inscripción de un hijo soltero que no se pueda mantener a sí mismo debido a una discapacidad física o mental que se haya generado antes de que el hijo alcanzara el límite de edad. Se puede obtener cobertura para el hijo que superó el límite de edad en la inscripción inicial si el empleado proporciona prueba de tal discapacidad física o mental y dependencia en el momento de la inscripción. (Es posible que se le solicite al empleado presentar un certificado de la afección del dependiente extendido por un médico).
- Los dependientes elegibles para continuar recibiendo la cobertura conforme a las leyes estatales o federales.

**Derechos especiales de inscripción solo para cobertura médica** (consulte el Folleto o el Certificado de cobertura para conocer todos los derechos de inscripción)

Si usted rechazó la inscripción para usted o para sus dependientes (incluido un Cónyuge o una Pareja doméstica) debido a otro seguro médico o cobertura de plan médico grupal, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para el otro seguro médico o cobertura de plan médico grupal (o si el empleador deja de contribuir a su cobertura o a la otra cobertura de su dependiente). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el plazo de 31 días después de la finalización de la cobertura (o después de que el empleador deje de aportar a la otra cobertura). Además, si tiene un dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción en el plazo de 31 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción. También entiendo que mis dependientes y yo podemos inscribirnos en dos circunstancias adicionales:

- Si su cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) o la de sus dependientes finaliza debido a la pérdida de elegibilidad; o
- Si usted o sus dependientes comienzan a ser elegibles para recibir un subsidio (programa estatal de ayuda para el pago de primas).

En estos casos, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes siempre y cuando solicite la inscripción en el plazo de 60 días a partir de la pérdida de Medicaid/CHIP o de la determinación de la elegibilidad.

**Sección H: Autorizaciones.** Lea esta sección atentamente antes de firmar abajo.**Al firmar esta solicitud, declaro lo siguiente:**

- He leído o me han leído la solicitud completa. Todas las declaraciones y respuestas que he brindado aquí son verdaderas y están completas, y comprendo que cualquier declaración sustancialmente falsa o incorrecta en la solicitud puede ocasionar la pérdida de la cobertura.
- Como empleado elegible, solicito cobertura para mí y para todos los dependientes elegibles indicados en esta solicitud.
- Certifico que todos los números de Seguro Social mencionados en esta solicitud son correctos.
- Al indicar un número de teléfono, acepto y doy 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.
- Entiendo que no puedo asignar ningún pago en virtud de mi programa de Anthem.
- Autorizo a mi empleador a deducir los aportes que correspondan de mis ingresos para pagar el seguro.
- Solicito la cobertura que elegí en esta solicitud. Si las opciones elegidas no están disponibles, acepto que estas se cambien por aquellas que figuran en la solicitud del empleador.
- Entiendo que, hasta donde lo permita la ley, Anthem se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud de 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.
- 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 para que el custodio financiero 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.
- Al suscribir esta solicitud con mis iniciales, acepto que se grabe o supervise cualquier conversación telefónica entre Anthem y yo.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

Comprendo que es un delito proporcionar, deliberadamente, información falsa, incompleta o equívoca a una compañía de seguros con el fin de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro. También comprendo que todos los beneficios están sujetos a las condiciones establecidas en el Contrato grupal y el Folleto o Certificado de cobertura.

Extiendo esta autorización en mi nombre y en nombre de mis dependientes elegibles, incluso mi cónyuge/pareja doméstica, si están cubiertos por Anthem, en calidad de representante o agente de ellos. En el caso de que mi cónyuge/pareja doméstica firme esta solicitud, él/ella extiende esta autorización en su propio nombre.

<b>Firme aquí para inscribirse</b>	<b>Firma del solicitante</b> (o firma del padre con custodia o del tutor si el solicitante es menor de 18 años)	<b>Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)</b> / /
	<b>Firma del cónyuge/pareja doméstica</b>	<b>Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)</b> / /