

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) 567-1804. 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 dental y/o de la vista o para **cambiar** la cobertura existente con Anthem Blue Cross (Anthem).

Puede solicitar o cambiar la cobertura:

1. Durante el periodo anual de inscripción abierta

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 especial de inscripción 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.

Para nueva cobertura dental y de la vista:

- Puede presentar su solicitud en cualquier momento del año.
- Su cobertura comenzará según el momento en que recibamos su solicitud completa. La cobertura comienza el 1.º día del mes después de la fecha en que recibamos su solicitud completa.

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.
- Si se está inscribiendo en un plan HMO dental, debe elegir un dentista de atención primaria (PCD). Consulte la lista de dentistas de su plan en anthem.com/ca o llámenos. Si no elige un PCD, nosotros elegiremos uno cerca de usted.
- Recuerde incluir su pago. No podemos completar su proceso de solicitud si no recibimos su pago de la prima del primer mes. Sin este, su inscripción se retrasará. Pero no se preocupe: no le cobraremos a su tarjeta ni cobraremos su cheque o giro postal hasta que se haya inscrito.

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, 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 lo compartiremos a menos que esto sea requerido por ley.

Solicitud individual de California

Indique la razón de esta solicitud:

- Inscripción abierta
 Periodo especial de inscripción (complete también el Anexo A)

Paso 1: ¿Quién es el solicitante?

Solicitante principal

Cobertura nueva

- Cambio de cobertura
 Adición de dependiente a la cobertura existente

Núm. de identificación del suscriptor:

Apellido (nombre legal)		Nombre (nombre legal)		Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social - -
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /	Condado (para dirección de casa)	
Dirección de casa (que no sea un apartado 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: _____					
<p>Aplicable solo para los planes Dental Net DHMO: Acepto recibir las comunicaciones relacionadas con el plan, para mí y todos mis dependientes, por correo electrónico o de manera electrónica. Estas comunicaciones pueden incluir mi certificado de cobertura, declaraciones de la explicación de beneficios, avisos requeridos o información útil para aprovechar al máximo mis beneficios. Me aseguraré de que Anthem tenga mi correo electrónico actualizado. Comprendo que puedo, en cualquier momento, cambiar de opinión y solicitar una copia de estos materiales (o cualquier material específico) por correo comunicándome con Anthem. Yo o mis dependientes inscritos actualizaremos nuestras preferencias de comunicación visitando anthem.com/ca o llamando a Servicios para Miembros al 1 (877) -567-1804. Para los planes Dental PPO, de la vista, de vida y de discapacidad, Anthem enviará los materiales del plan y los elementos relacionados por correo.</p>					
Número de teléfono principal			<input type="checkbox"/> El solicitante Sí habla, lee y/o escribe inglés. Si el solicitante no habla, lee ni escribe en inglés, el intérprete debe firmar y presentar una "Declaración de responsabilidad" (Apéndice B).		
Idioma escrito de preferencia	<input type="checkbox"/> Inglés (ENG) <input type="checkbox"/> Coreano (KOR) <input type="checkbox"/> Otro (escribalo) _____		<input type="checkbox"/> Español (SPA) <input type="checkbox"/> Tagalo (TGL)		<input type="checkbox"/> Chino (ZHO) (C/M) <input type="checkbox"/> Vietnamita (VIE)
Idioma hablado preferido	<input type="checkbox"/> Inglés (ENG) <input type="checkbox"/> Coreano (KOR) <input type="checkbox"/> Otro (escribalo) _____		<input type="checkbox"/> Español (SPA) <input type="checkbox"/> Tagalo (TGL)		<input type="checkbox"/> Chino (ZHO) (C/M) <input type="checkbox"/> Vietnamita (VIE)
PCD (DHMO únicamente)		Identificación de grupo dental/Identificación de PCD (DHMO únicamente)			Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cobertura(s) seleccionada(s) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista Para inscribir a un cónyuge/una pareja doméstica y/o un dependiente, el solicitante principal también debe estar inscrito.					

Cónyuge o pareja doméstica

Apellido (nombre legal)	Nombre (nombre legal)	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social - -
Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /
PCD (DHMO únicamente)	Identificación de PCD (DHMO únicamente)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cobertura(s) seleccionada(s) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista Para inscribir a un cónyuge/una pareja doméstica y/o un dependiente, el solicitante principal también debe estar inscrito.			

Hijo dependiente

Los hijos deben ser menores de 26 años.

Los hijos mayores de veintiséis (26) años pueden ser elegibles para la cobertura como dependientes si son incapaces de trabajar para mantenerse debido a afecciones, enfermedades o lesiones que impliquen una discapacidad física o mental y si son dependientes, sobre todo, 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 comenzaría a ser no elegible para la cobertura.

Apellido (nombre legal)	Nombre (nombre legal)	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social - -
Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /
PCD (DHMO únicamente)	Identificación de PCD (DHMO únicamente)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cobertura(s) seleccionada(s) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista Para inscribir a un cónyuge/una pareja doméstica y/o un dependiente, el solicitante principal también debe estar inscrito.			

Hijo dependiente

Apellido (nombre legal)	Nombre (nombre legal)	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social - -
Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /
PCD (DHMO únicamente)	Identificación de PCD (DHMO únicamente)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cobertura(s) seleccionada(s) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista Para inscribir a un cónyuge/una pareja doméstica y/o un dependiente, el solicitante principal también debe estar inscrito.			

Hijo 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 <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /
PCD (DHMO únicamente)	Identificación de PCD (DHMO únicamente)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cobertura(s) seleccionada(s) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista Para inscribir a un cónyuge/una pareja doméstica y/o un dependiente, el solicitante principal también debe estar inscrito.			

Elegibilidad

La respuesta a esta pregunta es necesaria para determinar su elegibilidad.

¿Hay algún solicitante actualmente encarcelado (a quien le queden más de 60 días que cumplir en prisión antes de ser puesto en libertad) como consecuencia de una condena? (no solo pendiente el dictamen de los cargos) No Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién?

Paso 2: ¿Qué cobertura desea?

Planes dentales

La cobertura dental para hijos menores de 19 años ya está incluida en todos nuestros planes médicos (también conocidos como “Beneficios médicos esenciales pediátricos”).

Elija un plan dental si desea comprar cobertura para más de estos beneficios básicos de salud dental pediátrica.

Los solicitantes del plan Dental HMO deben residir en uno de los siguientes condados para poder inscribirse: Alameda, Contra Costa, El Dorado, Fresno, Kern (excepto Delano, Mojave, Taft y Tehachapi Kings), Los Angeles, Marin, Monterey, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino (excepto Twenty-Nine Palms, Vicinity y Yucca Valley), San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Barbara, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Tulare y Ventura.

Opciones de planes dentales

PPO dental

- Essential Choice Bronze (5SKJ)*
- Essential Choice Silver (5SKK)*
- Essential Choice Gold (5SKL)*
- Essential Choice Platinum (5SKM)*
- Essential Choice Incentive (5SKN)*

HMO dental (DHMO)

- Dental Net 3000D (3T9D)**

* Estos productos son emitidos por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company y están regulados por el Departamento de Seguros de California (California Department of Insurance).

** Estos productos son emitidos por Anthem Blue Cross y están regulados por el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California (California Department of Managed Health Care).

Cobertura dental previa y otra cobertura dental

Nombre de la persona cubierta (apellido, nombre, inicial del 2.º nombre)	Cobertura (marque todas las opciones que correspondan)	Nombre del asegurador	Núm. de identificación de la póliza	Fechas (si corresponde) (mm/dd/aaaa)
	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: Finalización:
	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: Finalización:
	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: Finalización:
	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: Finalización:
	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: Finalización:

Plan de la vista

La cobertura de la vista para hijos menores de 19 años ya está incluida en todos nuestros planes médicos (también conocidos como “beneficios médicos esenciales pediátricos”).

Elija un plan de la vista si desea comprar cobertura para más de estos beneficios básicos de salud de la visión pediátrica.

Opciones de planes de la vista

- Blue View Vision Basic (5LBZ)
- Blue View Vision Premier (5LEZ)
- Blue View Vision Ultra (5LDK)
- Blue View Progressive Select (5LAP)
- Blue View Progressive Preferred (5LAK)
- Blue View Vision Plus (2SU7)
- Blue View Vision Value (2SU8)
- Blue View Vision Enhanced (2SU6)
- Blue View Vision Bundled (1RYD)

Paso 3: Lea y firme

Información legal importante

Todos los solicitantes

Yo, el abajo firmante, entiendo que de acuerdo con el plan/la póliza de (Anthem) en 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 de Atención al Cliente, al 1 (855) 383-7247 si tiene alguna pregunta sobre el uso de los proveedores dentro 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 lo siguiente:

- Debo incluir el primer pago de la prima con esta solicitud, pero eso no significa que se haya procesado la cobertura. Solicito la cobertura que elegí en el Paso 2. Anthem tiene derecho a aceptar o rechazar esta solicitud. Si se rechaza mi solicitud, no se cargará el monto 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, cualquier cambio por el que yo o cualquier dependiente seamos 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 mediante 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 nuevo envío debido a la insuficiencia de fondos también puede ser electrónico. Todas las transacciones con cheques permanecerán seguras, y mi pago con cheque significa que estoy de acuerdo con estos términos.
- Acepto y doy mi consentimiento para la grabación y/o supervisión de cualquier conversación telefónica entre Anthem y yo.
- Al proporcionar un número de teléfono, acepto y autorizo 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 individual dental y/o de la vista que no forma parte de ningún plan patrocinado por el empleador y soy responsable de todos los pagos de las primas y de asegurarme de que todas las primas se paguen a tiempo.
- Certifico que todos los números de Seguro Social mencionados 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, según mi leal saber y entender, y entiendo que Anthem confía en ellas al aceptar esta solicitud. Dentro del plazo de 24 meses desde la emisión de esta póliza, cualquier acto o práctica que constituya fraude o tergiversación intencional de hechos sustanciales aquí indicados puede dar lugar a la denegación de beneficios o la 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.

REQUISITO PARA EL ARBITRAJE VINCULANTE

TODAS LAS CONTROVERSIAS ENTRE ANTHEM BLUE CROSS Y USTED, INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, AQUELLAS RELACIONADAS 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 CONTROVERSIAS SUPERA EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL PARA DEMANDAS DE MENOR CUANTÍA Y SI LA CONTROVERSIAS 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 DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. PARA LAS RECLAMACIONES QUE EXCEDEN EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL PARA DEMANDAS DE MENOR CUANTÍA QUE ESTÉN SUJETAS A ARBITRAJE VINCULANTE, LA SECCIÓN 1363.1 DEL CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD DE CALIFORNIA Y LA SECCIÓN 10123.19 DEL CÓDIGO DE SEGUROS EXIGEN DIVULGACIONES ESPECÍFICAS AL RESPECTO, INCLUIDOS LOS SIGUIENTES AVISOS: SE ENTIENDE QUE TODA CONTROVERSIAS 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 PROCEDIMIENTO JUDICIAL, SALVO LOS CASOS QUE ESTABLECE LA LEY DE CALIFORNIA PARA LA REVISIÓN JUDICIAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ARBITRAJE. AL CELEBRAR ESTE CONTRATO, AMBAS PARTES RENUNCIAN A SU DERECHO CONSTITUCIONAL DE DIRIMIR CUALQUIER 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 PÓLIZA 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 a continuación

Solicitante principal (o representante legal)	Fecha (mm/dd/aaaa)
Cónyuge/pareja doméstica (o representante legal)	Fecha (mm/dd/aaaa)
Hijo dependiente (18 años o más)	Fecha (mm/dd/aaaa)
Hijo dependiente (18 años o más)	Fecha (mm/dd/aaaa)
Hijo dependiente (18 años o más)	Fecha (mm/dd/aaaa)

¿Lo ayudó un agente o corredor de seguros?

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

Certificación del agente (o corredor) de seguros

Debe completar todos los campos.

Certifico que, según 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 al responder las preguntas de la solicitud.

Ayudé al solicitante a presentar esta solicitud. Según mi leal saber y entender, la información en esta solicitud está completa y es exacta.

Le expliqué al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo de que proporcione 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 de seguros (escriba en forma clara en letra de imprenta)				
*(A) TIN/SSN del agente suscriptor (se acepta el TIN cifrado)		**(B) TIN del agente suscriptor/agencia/ Número de identificación tributaria (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 TIN/SSN del 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).

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 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 cobertura firmaron este formulario.
 - Asegúrese de enviar todas las páginas de la solicitud, incluida esta página, 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 este documento por correo a Anthem Dental, 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 (877) 567-1804.

¡Gracias!

Anexo A: Inscripción especial

Si usted es un miembro actual y desea cambiar su cobertura o agregar o quitar a algún dependiente, complete esta sección junto con su solicitud.

Fecha del evento calificado	
Fecha en que ocurrió el 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 2. Nacimiento o adopción Tuvo un bebé, adoptó un niño o le entregaron un niño para su adopción	Seleccione una fecha de entrada en vigencia: <input type="checkbox"/> La misma que la fecha del evento <input type="checkbox"/> Primer día del mes después de que recibamos su solicitud completa <input type="checkbox"/> Según el momento en que recibamos su solicitud completa* <input type="checkbox"/> Primer día del mes después de la fecha del evento
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> La misma que la fecha del evento <input type="checkbox"/> Según el momento en que recibamos su solicitud completa*
<input type="checkbox"/> 4. Muerte Muerte de un familiar inscrito en la cobertura actual	Seleccione una fecha de entrada en vigencia: <input type="checkbox"/> Primer día del mes después de que recibamos su solicitud completa <input type="checkbox"/> Según el momento en que recibamos su solicitud completa*
<input type="checkbox"/> 5. Regreso del servicio activo Miembro de las Fuerzas de Reserva de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. que regresan 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.	Según el momento en que recibamos su solicitud completa*
<input type="checkbox"/> 6. Pérdida de la cobertura: Perdió o perderá la cobertura básica mínima: Pérdida involuntaria de la cobertura (la pérdida de la cobertura básica mínima incluye la pérdida de elegibilidad de la cobertura como consecuencia de separación legal, divorcio, cese del estado de dependencia (como lograr la edad máxima para ser elegible como hijo dependiente conforme al plan), muerte de un empleado, cese del empleo, reducción en la cantidad de horas de empleo, mudanza 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

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

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

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
<p>7. Mudanza permanente</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Se mudó a los EE. UU. desde un país extranjero o un territorio de los EE. UU.<input type="checkbox"/> Traslado permanente a una nueva área de servicio (dentro de los EE. UU.). <p><input type="checkbox"/> 8. 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).</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Cárcel o prisión Liberado de la cárcel o prisión (encarcelamiento).</p>	<p>Según el momento en que recibamos su solicitud completa*</p>

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

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

¡Ya casi termina! Es posible que necesitemos algunos datos más.

Necesitamos documentación de respaldo para la mayoría de los eventos calificados, como una carta o 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 nombrado 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, según mi leal saber y entender, obtuve y enumeré todos los antecedentes médicos y personales 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 (obligatoria)

Fecha (mm/dd/aaaa) (obligatoria)

Confirmando que la solicitud fue interpretada en mi nombre

Firma del solicitante (obligatoria)

Fecha (mm/dd/aaaa) (obligatoria)

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.º al 6.º 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: →

MEMO

123456789 : 1234567890123 1175

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

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.º al 6.º 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 <input type="text"/> (MM/AA)	
Dirección de facturación para esta tarjeta de crédito/débito	Ciudad	Código postal
Firma autorizada (tal como figura en la tarjeta) X	Nombre del titular de la tarjeta en letra de imprenta (tal como figura en la tarjeta)	Fecha (MM/DD/AA)

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.

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)
--	--	------------------

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.