

Formulario suplementario de inscripción para empleados

EmployeeElect para grupos pequeños de 1-50 empleados



Número del grupo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Este formulario debe acompañar la Solicitud Uniformada para Empleados de Colorado para Planes de Beneficios de Salud para Grupos Pequeños. Complételo en tinta negra o escriba la información a máquina, usando sólo letras en mayúscula. Para evitar demoras, conteste todas las preguntas completamente, firme y feche su solicitud y devuélvala a su empleador.

Número de seguro social o de afiliado

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1a. Cobertura médica...pregunte a su empleador cuáles planes de salud están disponibles, y marque su selección:

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plan Premier PPO con copago de \$15 | <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 2000/100* | <input type="checkbox"/> Premier HMO | <input type="checkbox"/> PPO Basic |
| <input type="checkbox"/> Plan Premier PPO con copago de \$25 | <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 3000/100* | <input type="checkbox"/> Classic HMO | <input type="checkbox"/> PPO Standard |
| <input type="checkbox"/> Plan PPO con copago de \$30 | <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 5000/100* | <input type="checkbox"/> Premier HMOSelect | <input type="checkbox"/> HMO Basic |
| <input type="checkbox"/> Plan PPO con copago de \$40 | <input type="checkbox"/> Lumenos HIA Plus 2000/100 | <input type="checkbox"/> Classic HMOSelect | <input type="checkbox"/> HMO Standard |
| <input type="checkbox"/> Plan PPO GenRx con copago de \$35 | <input type="checkbox"/> Lumenos HIA Plus 3000/100 | | |
| <input type="checkbox"/> Plan PPO GenRx con copago de \$45 | | | |

Otro plan:

*Anthem facilitará la apertura de una Cuenta de Ahorros para la Salud en su nombre, si así lo indicara su empleador.

1b. Cobertura dental...pregunte a su empleador cuáles planes dentales están disponibles, y marque su selección:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Option 1 | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Plus Option 1 |
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Option 1 con ortodoncia | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Plus Option 1 con ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Option 2 | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Plus Option 2 |
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Option 3 | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Plus Option 3 |
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Option 3 con ortodoncia | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Plus Option 3 con ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Option 4 | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Plus Option 4 |

Otro

1c. Cobertura de la vista...pregunte a su empleador cuáles planes de la vista están disponibles, y marque su selección:

- Blue View 0 Blue View Plus

1d. Cobertura de seguro de vida y discapacidad...pregunte a su empleador cuál(es) cobertura(s) se ofrecen, y marque su(s) selección(es):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida y AD&D (muerte accidental y desmembramiento) | <input type="checkbox"/> Discapacidad a corto plazo | <input type="checkbox"/> Seguro de vida suplementario (seleccione uno): |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida para dependientes | <input type="checkbox"/> Discapacidad a largo plazo | <input type="checkbox"/> \$15,000 <input type="checkbox"/> \$25,000 |
| | <input type="checkbox"/> Paquete de protección (ProtectionPack) | <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 |

Nombre del beneficiario principal	Relación	Número de seguro social	Porcentaje*
Nombre del beneficiario principal	Relación	Número de seguro social	Porcentaje*
Nombre del beneficiario contingente	Relación	Número de seguro social	Porcentaje**
Nombre del beneficiario contingente	Relación	Número de seguro social	Porcentaje**

*Si elige varios beneficiarios Principales, el total debe sumar 100% Use una hoja separada, si es necesario, para indicar beneficiarios adicionales.

**Si elige varios beneficiarios Contingentes, el total debe sumar 100%

2. Información del empleado...proporcione la información necesaria para procesar su solicitud (debe completarla el empleado):

Razón por la cual presenta la solicitud:

- Nueva inscripción Cambio de cobertura Cambio de PCP Cambio de beneficiario Cambio de información personal Terminación de la cobertura
- COBRA: Evento calificador _____ Fecha de vigencia _____

Apellido	Nombre de pila	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social o de afiliado

3. Rechazo...Complete esta sección sólo si desea rechazar cobertura(s) para usted y/o dependiente(s) cubierto(s).

Tipo de cobertura:	Rechazado para:	Indique "A", "B", "C", etc., según la lista a continuación para identificar la razón por la cual rechazó (puede exigirse evidencia de otra cobertura).
Plan dental	<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(s)	A Cubierto por otro plan de grupo; la aseguradora y la identificación son:
Plan de la vista	<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(s)	B Cubierto por una póliza individual; la aseguradora y la identificación son:
Seguro de vida	<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Dependientes	C Cubierto por seguro de servicio militar
Discapacidad	<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Dependientes	D No tengo otra cobertura de seguro y no me interesa
		E Otro: _____

ENTIENDO QUE:

- Si rechazo la cobertura de salud conforme a una póliza PPO y no tengo otra cobertura de salud de grupo o individual en este momento, mi(s) dependiente(s) y yo podemos inscribirnos como participante(s) tardío(s), sujetos a una exclusión de cobertura por condiciones preexistentes durante un periodo de espera de 18 meses.
- Si rechazo la cobertura de salud conforme a una póliza HMO, no podré inscribirme hasta el próximo periodo de inscripción abierta. Mis dependientes y yo podemos inscribirnos, sujeto a un periodo de espera por condición preexistente de 6 meses o dentro de 31 días después de una circunstancia calificadora, como se define en mi plan.
- Si no acepto la cobertura de salud para mí y/o mi(s) dependiente(s) (incluyendo a mi cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico de grupo o individual, es posible que pueda inscribirme en este plan y/o mi(s) dependiente(s) más adelante, siempre y cuando pida la inscripción dentro de 31 días después de una circunstancia calificadora. Además, si tengo un nuevo dependiente por razones de matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirme yo y mi(s) dependiente(s), siempre y cuando pida la inscripción dentro de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.
- Puede que se me exija presentar información adicional a pedido.
- Si rechazo la cobertura de seguro de vida y/o discapacidad por cualquier razón, mi(s) dependiente(s) y yo podremos inscribirnos en el futuro como participantes tardíos solamente si presentamos evidencia satisfactoria de asegurabilidad.

Certifico por la presente que se me ha dado la oportunidad de participar en el(los) plan(es) de seguro de grupo de mi empleador suscrito(s) por la(s) compañía(s) indicada(s) en esta solicitud de inscripción. Se me ha explicado el plan, y rechazo participar.

X _____
Firma del empleado si rechaza la cobertura para sí mismo/dependiente(s)

Fecha

4. Autorización...La Autorización siguiente debe ser firmada por TODOS LOS EMPLEADOS que soliciten cobertura:

SOLICITO COBERTURA DE SEGURO DE VIDA Y/O DISCAPACIDAD: Entiendo que presento esta solicitud a Anthem Life Insurance Company y que si corresponde una o varias de las siguientes circunstancias, Anthem Life utilizará la información del historial médico de esta Solicitud Uniformada para Empleados de Colorado para Planes de Beneficios de Salud para Grupos Pequeños para determinar si se me ofrecerá el seguro de vida y/o discapacidad: 1) la fecha de esta solicitud es más de treinta y uno (31) días después de mi fecha de elegibilidad para la cobertura; 2) el monto de la cobertura de seguro de vida a término que estoy pidiendo supera el límite de emisión garantizado; 3) estoy pidiendo cobertura de discapacidad a largo plazo y mi empleador tiene menos de 6 empleados inscritos. Entiendo que si no estoy trabajando activamente en la fecha en que mi seguro vaya a entrar en vigencia, el seguro no estará vigente hasta que yo vuelva al trabajo activo.

Firma del empleado (si solicita cobertura de seguro de vida y/o discapacidad): X _____

Entiendo que la cobertura que estoy pidiendo está sujeta a requisitos de elegibilidad. Reconozco que he leído todas las secciones de esta solicitud, incluyendo la información en las páginas posteriores, y certifico que concuerdo con todos los asuntos cubiertos en las mismas. También reconozco que toda la información provista en esta solicitud es completa y correcta a mi más leal saber y entender. Entiendo y concuerdo con que esta solicitud pasará a formar parte del contrato entre Anthem Blue Cross and Blue Shield, Anthem Life y/o HMO Colorado y yo.

Firma del empleado	Fecha	Firma del cónyuge (si pide cobertura)	Fecha
--------------------	-------	---------------------------------------	-------

5. Autorización del empleado, aviso y declaraciones para la cobertura de seguro de vida y/o discapacidad

Mi firma en la página 2 de esta solicitud indica que estoy de acuerdo con la autorización que aparece a continuación.

Entiendo que Anthem Life Insurance Company (Anthem Life) puede reunir información personal sobre mí de fuentes externas y que sólo puede divulgarse información personal y privilegiada a partes externas sin mi autorización si las leyes federales y estatales permiten dicha divulgación. También entiendo que bajo las leyes federales y estatales aplicables, tengo derecho a ver y corregir información personal que reúna Anthem Life sobre mí, y que puedo recibir una descripción más detallada de mis derechos según estas leyes al escribir a Anthem Life.

Para los fines de evaluar mi declaración de salud para la cobertura de Anthem Life, autorizo por la presente a cualquier médico con licencia, practicante médico, hospital, clínica u otra instalación médica o relacionada médicamente; compañía de seguros; el Medical Information Bureau, Inc.; u otra organización, institución o persona que tenga cualquier registro o conocimiento de mí o mi salud o la de mi familia para quien se efectúa esta declaración de salud o su salud para dar a Anthem Life o a sus reaseguradoras cualquier información de este tipo. También autorizo a Anthem Life o a sus reaseguradoras para divulgar cualquier información referente a mí o a mi salud o la de mi familia por quien presente solicitud de seguro ante el Medical Information Bureau Inc.; u otras empresas de seguros de vida con las cuales tengo pólizas o a quienes pueda presentar solicitudes; y otras aseguradoras a las cuales puedan presentarse reclamaciones de beneficios. Entiendo que esta información la usará Anthem Life para determinar la elegibilidad para el seguro. Esta información incluye cualquier registro o conocimiento sobre historial médico, incluyendo información contenida en registros relacionados con servicios delicados como salud mental, psiquiatría, abuso de sustancias y salud reproductiva, además de información sobre el virus VIH o SIDA, o enfermedades transmitidas sexualmente u otras contagiosas. Esto incluye, entre otros, todos los registros de visitas a consultorio, exámenes, tratamiento, evaluación, análisis de diagnóstico y de laboratorio, informes, consultas, expedientes de hospital, registros de tratamiento por abuso de sustancias, asesoría psiquiátrica, notas, correspondencia e información de seguro y de facturación por tratamientos o servicios prestados por cualquier proveedor. Para los fines de procesar esta solicitud, esta solicitud será válida desde la fecha en que se firme por un plazo de 30 meses, y una fotocopia de esta autorización será igualmente válida que el original. Entiendo que puedo pedir una fotocopia. Para los fines de procesar una reclamación según esta cobertura, esta autorización es válida mientras dure la reclamación.

Certifico que he leído, o se me ha leído, la declaración de salud completada y que me doy cuenta de que cualquier aseveración falsa o engañosa en la declaración de salud puede producir la pérdida de cobertura conforme a la póliza.

DECLARACIONES DEL EMPLEADO PARA LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA Y/O DISCAPACIDAD

Su firma en esta solicitud indica que usted concuerda con las declaraciones siguientes:

1. A menos que se indique aquí lo contrario, si se nombra a uno o varios beneficiarios del seguro de vida, los fondos se pagarán en partes iguales a los beneficiarios nombrados que sobrevivan al asegurado. El pago de fondos se efectuará conforme a los términos del contrato de grupo sujeto a cambios que yo envíe mediante aviso por escrito a mi empleador.
2. Estas coberturas entrarán en vigencia en la fecha establecida por las disposiciones del contrato de grupo y los certificados emitidos conforme a las mismas. Entiendo que al solicitar el tipo de cobertura seleccionado, autorizo la deducción de mi sueldo, si es necesario, para la prima requerida de la cobertura que he solicitado.
3. Soy responsable de la notificación puntual a mi empleador de cualquier cambio que me hiciera a mí o a uno de mis dependientes no elegible para la cobertura.
4. Estoy pidiendo la cobertura seleccionada en esta solicitud. Si selecciono una cobertura, o una combinación de coberturas, que no tengo a mi disposición y/o en una clase para la cual no califico, concuerdo en que mi(s) selección(es) se enmienda(n) automáticamente según la presente para concordar con la solicitud del empleador.
5. Entiendo que Anthem Life se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud y que no se crea ningún derecho en absoluto a través de esta solicitud.

Reconozco que he leído las disposiciones precedentes y acepto expresamente dichas disposiciones como condición de cobertura. Declaro que las respuestas dadas a todas las preguntas de esta solicitud son verdaderas y correctas a mi más leal saber y entender, y comprendo que la aseguradora confía en ellas para aceptar esta solicitud. Entiendo que cualquier declaración errada o falta de reportar información médica nueva antes de mi fecha de vigencia puede producir cambios materiales en la cobertura o las tarifas de prima. Cualquier declaración material engañosa u omisión significativa que se encuentre en esta solicitud puede causar el rechazo de los beneficios o la revocación o cancelación de mi(s) cobertura(s). Una fotocopia es igualmente válida que el original.

Doy esta declaración por mí y en mi propia representación y la de mis dependientes elegibles, incluyendo a mis hijos y mi cónyuge si los cubre el plan. Actúo como su agente y representante.

El empleado y cualquier persona autorizada para actuar en representación del empleado tienen derecho a recibir una copia de esta declaración y se les entregará una copia de esta solicitud si la piden.

AVISO IMPORTANTE

La información referente a su asegurabilidad se tratará como confidencial. Sin embargo, Anthem Life o sus reaseguradoras pueden efectuar un informe breve sobre el mismo al Medical Information Bureau (MIB), una organización sin fines de lucro de afiliación de compañías de seguros, la cual opera un intercambio de información para sus integrantes. Si usted presenta una solicitud ante otra compañía integrante de MIB para cobertura de seguro de vida o de salud, o una reclamación de beneficios a dicha compañía, MIB, a petición, entregará a dicha compañía la información en sus archivos.

Al recibir una petición de usted, MIB dispondrá la divulgación de toda información que pueda tener en su archivo. Póngase en contacto con MIB llamando al 866-692-6901 (TTY 866-346-3642). Si usted objeta la corrección de la información que contiene el archivo de MIB, puede ponerse en contacto con MIB y procurar que se corrija conforme a los procedimientos establecidos en la Ley federal de informe justo de crédito [Fair Credit Reporting Act]. La dirección de la oficina de información de MIB es PO Box 105, Essex Station, Boston, MA 02112.

Anthem Life o sus reaseguradoras también pueden divulgar información en su archivo a otras compañías de seguros a las cuales usted puede presentar solicitudes de seguro de vida o de salud o a las cuales reclame beneficios. Puede convenirle conservar una copia de esta declaración para sus archivos.