

Solicitud de inscripción para empleados de California

Para grupos pequeños

Cobertura médica, dental y de la visión



Los planes de salud son proporcionados por Anthem Blue Cross y los planes de seguro son proporcionados por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. Usted, el empleado, debe rellenar 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 el 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 de cobertura involuntaria; 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 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica (DP)		Condición de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial		Núm. de teléfono principal		
Nombre del empleador				Ocupación				
Dirección laboral física del empleado (requerido)				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): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ ¿Puede leer y escribir en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, el traductor deberá 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 los códigos de contrato.**1. Cobertura médica****Tenga en cuenta lo siguiente: Todos los planes de salud² incluyen la cobertura necesaria para los beneficios de salud pediátricos esenciales dentales y de visión.**Nombre del plan médico³:

Código del contrato (si lo conoce):

Cobertura médica para miembros (seleccione una opción):☐ Empleado solo ☐ Empleado + cónyuge/pareja doméstica ☐ Empleado + hijo(s) ☐ Familia**2. Cobertura dental****Los planes Anthem Dental HMO² y Dental PPO⁴ no incluyen beneficios médicos esenciales pediátricos de salud dental certificados.**

Nombre del plan dental:

Código del contrato (si lo conoce):

Cobertura dental para miembros (seleccione una opción):☐ Empleado solo ☐ Empleado + cónyuge/pareja doméstica ☐ Empleado + hijo(s) ☐ Familia**3. Cobertura de visión****Estos planes de visión opcionales⁴ no cubren beneficios esenciales pediátricos de visión.**

Nombre del plan de visión:

Código del contrato (si lo conoce):

Cobertura de la visión para miembros (seleccione una opción):☐ Empleado solo ☐ Empleado + cónyuge/pareja doméstica ☐ Empleado + hijo(s) ☐ Familia¹ 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.⁴ Los planes dental PPO y de la visión son ofrecidos por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company y regulados por el Departamento de Seguros de California.

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 padre/madre-hijo² (no incluye menores bajo tutela temporal) o los hijos de su cónyuge o pareja doméstica (hasta el final del mes calendario en que cumplan 26 años). 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 limitación 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del dentista de atención primaria (PCD) (si selecciona un plan Dental Net DHMO)		Núm. de identificación del PCD		Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del cónyuge/de la pareja doméstica		Nombre		Inicial del 2.º nombre	
				Núm. de Seguro Social ¹ (requerido) - -	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /		Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	
Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO ³)		Núm. de identificación del PCP		Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)		Núm. de identificación del PCD		Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /		Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra ⁴ Si elige otra, ¿cuál es la relación? _____	
Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO ³)		Núm. de identificación del PCP		Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)		Núm. de identificación del PCD		Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, 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 Social¹ (requerido) - -
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /		Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra ⁴ Si elige otra, ¿cuál es la relación? _____	
Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO³)		Núm. de identificación del PCP		Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del PCD (si selecciona un plan Dental Net DHMO)		Núm. de identificación del PCD		Paciente existente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, proporcione la dirección completa y el código postal: _____				

Sección E: Cobertura previa y otra cobertura grupal

1. ¿Se encuentra alguna de las personas solicitantes inscrita 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) / /
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. ¿Está alguno de los solicitantes de cobertura 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)
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Médica <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"/> Médica <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"/> Médica <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"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> 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)

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. Es obligatorio presentar la 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.
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> No tiene cobertura <input type="checkbox"/> Está cubierto por la cobertura grupal del cónyuge/la pareja doméstica <input type="checkbox"/> Su cónyuge/pareja doméstica está cubierto por la cobertura grupal del empleador <input type="checkbox"/> Está inscrito en una cobertura individual <input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid/Departamento de Asuntos de Veteranos (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"/> Visión	
<input type="checkbox"/> Dependiente(s)	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión Incluya los nombres de los dependientes que renuncian: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
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, agente de seguros o compañía de seguros de vida, ha intentado influenciarme o presionarme para que renuncie a la cobertura. AL RENUNCIAR A ESTA COBERTURA MÉDICA, DENTAL O DE VISIÓN (A MENOS QUE EL EMPLEADO Y/O LOS DEPENDIENTES TENGAN COBERTURA MÉDICA GRUPAL, DENTAL O DE LA VISIÓN 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/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 (incluido su cónyuge/pareja doméstica), es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan de beneficios de salud o cambiar de plan de salud como consecuencia de ciertas situaciones desencadenantes, a saber: (1) usted o su dependiente pierden la cobertura esencial 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 un traslado 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 de plan 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)

Sección G: Envío electrónico de los materiales.

Para planes médicos y todos los planes dentales Net DHMO ofrecidos por Anthem Blue Cross y regulados por el Departamento de Atención Médica Administrada.

Yo (el solicitante principal) acepto recibir las comunicaciones relacionadas con el plan para mí y todos mis dependientes, por correo electrónico o por medios electrónicos. Estas comunicaciones pueden incluir mi certificado, evidencia de cobertura, declaraciones de la explicación de beneficios, avisos requeridos o información útil para aprovechar al máximo mi plan. Acepto proporcionar a Anthem mi dirección de correo electrónico vigente y actualizarla. Comprendo que puedo cambiar de opinión y solicitar una copia de estos materiales (o de cualquier material específico) en cualquier momento por correo o comunicándome con Anthem. Yo (o mis dependientes inscritos) cambiaremos nuestras preferencias de comunicación visitando anthem.com/ca o llamando al número de Servicios para Miembros que figura en mi tarjeta de identificación.

Para planes dentales PPO y planes de 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, yo (el solicitante principal) acepto recibir las comunicaciones relacionadas con mi plan, para mí y todos mis dependientes, por correo electrónico o de manera electrónica. Estas comunicaciones incluyen mi certificado, evidencia de cobertura, declaraciones de la explicación de beneficios, avisos requeridos legalmente o información útil para aprovechar al máximo mi plan. Acepto proporcionar a Anthem mi dirección de correo electrónico vigente y actualizarla. Entiendo que este consentimiento es voluntario y que yo (o mis dependientes inscritos) podemos optar por no recibir comunicaciones de forma electrónica en cualquier momento y recibir estos materiales (o cualquier material específico) por correo, y/o que puedo cambiar mi dirección de correo electrónico visitando anthem.com/ca o llamando al número de Servicios para Miembros que figura en mi tarjeta de identificación.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

☐ No deseo recibir comunicaciones relacionadas con mi plan, ya sea por correo electrónico o por medios electrónicos y solicito recibir estos materiales por correo.

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 declarados y autorizo a mi empleador a deducir las contribuciones que correspondan de mis ingresos para pagar el seguro. A mi leal saber y entender, certifico que todas las declaraciones y respuestas que he brindado aquí son verdaderas y precisas. Entiendo 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 sustancial 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 se reserva 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 aplique solo ciertos 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 cualquier cambio por el que yo o cualquiera de mis dependientes no seamos 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, acuerdo y presto mi consentimiento para que Anthem Blue Cross y/o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company me llamen o envíen mensajes de texto al número de teléfono indicado en esta solicitud utilizando un sistema telefónico automatizado y/o mensajes pregrabados con el fin de mantenerme informado sobre 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), en caso de que me inscriba en una cuenta HSA, proporcione a Anthem Blue Cross información relacionada con mi cuenta HSA, incluidos el número de cuenta, el saldo de la cuenta e información relativa a la actividad de la cuenta. Entiendo que es necesaria mi autorización previa para que el custodio financiero pueda proveer a Anthem Blue Cross la información de mi cuenta HSA y que yo puedo presentar a Anthem Blue Cross una solicitud por escrito para revocar esta autorización en cualquier momento.

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

Para su seguridad la legislación de California requiere que este formulario incluya la siguiente declaración: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta con el fin de obtener o modificar la cobertura de un seguro o para presentar una reclamación por el pago de una pérdida es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y 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 DISPOSICIÓN 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.