

**Solicitud de inscripción para empleados
Para grupos pequeños
Nevada**



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

Sección A: Tipo de solicitud			
Seleccione uno:			
<input type="checkbox"/> Inscripción nueva	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta (no corresponde para seguros de vida y/o por discapacidad)	<input type="checkbox"/> COBRA	
<input type="checkbox"/> Fecha de recontractación: (MM/DD/AAAA) ____/____/____			
Seleccione el evento calificado			
<input type="checkbox"/> Nacimiento, adopción o colocación para adopción (para el seguro de vida de dependientes, solo nacimiento, adopción legal)	<input type="checkbox"/> Derecho de empleados cubiertos a Medicare*	<input type="checkbox"/> Muerte*	<input type="checkbox"/> Renuncia al empleo*
<input type="checkbox"/> Pérdida de la condición de hijo dependiente*	<input type="checkbox"/> Matrimonio/pareja doméstica	<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura*	<input type="checkbox"/> Subsidio médico*
<input type="checkbox"/> Reducción de horas*	<input type="checkbox"/> Otro* _____	*No aplica para seguros de vida y/o por discapacidad	
<input type="checkbox"/> Medicare*			
Fecha del evento calificado: (MM/DD/AAAA) ____/____/____			

Sección B: Información del empleado									
Apellido		Nombre		Inicial del 2.º nombre		Núm. de Seguro Social ¹ (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	
Situación laboral <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 del empleado: _____									
Proporciono mi dirección de correo electrónico porque mis dependientes inscritos y yo queremos recibir información sobre nuestros beneficios de forma electrónica . Estos correos pueden incluir las tarjetas de identificación o los certificados de cobertura, las facturas, la Explicación de beneficios, los documentos de suscripción de la Evidencia de asegurabilidad, los avisos requeridos sobre las cancelaciones y las renovaciones, e información útil o específica y personalizada para poder aprovechar al máximo los beneficios. Entiendo que necesito registrarme en anthem.com o en la aplicación móvil de Anthem para aprovechar al máximo las herramientas digitales de mi plan, y me aseguraré de que Anthem y/o Anthem Life tengan mi dirección de correo electrónico más actualizada. Mis dependientes inscritos y yo entendemos que podemos ingresar en 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.									

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

Sección C: Tipo de cobertura						
1. Cobertura médica: indique el código de contrato del plan médico seleccionado. Su empleador le informará sobre sus opciones de planes y los códigos de contrato.						
Nombre del plan del producto de seguro médico:			Código del contrato (si lo conoce):			
Cobertura médica para miembros (seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Empleado solo <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia						
2. Cobertura dental: indique el código de contrato del plan dental seleccionado. Su empleador le informará sobre sus opciones de planes y los códigos de contrato.						
Anthem Dental Prime, Anthem Dental Complete y Anthem Essential Choice con las familias de productos que incluyen Value, Classic, Enhanced y Voluntary no incluyen beneficios básicos de salud dental pediátrica certificados.						
Nombre del plan del producto de seguro dental:			Código del contrato (si lo conoce):			
Cobertura dental para miembros (seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Empleado solo <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia						
3. Cobertura de visión: indique el código de contrato del plan de la visión seleccionado. Su empleador le informará sobre sus opciones de planes y los códigos de contrato.						
Nombre del plan del producto de seguro de visión:			Código del contrato (si lo conoce):			
Cobertura de visión para miembros (seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Empleado solo <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia						
4. Cobertura de seguro de vida, seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) y/o seguro por discapacidad Estas coberturas entrarán en vigencia en la fecha establecida en las cláusulas del contrato grupal y los certificados que se hayan emitido en virtud de este. Su empleador le informará sobre sus opciones de planes. Estas coberturas pueden estar sujetas a la suscripción de la evidencia médica y solo quedarán vigentes luego de su aprobación. Si elige una cobertura de seguro de vida y/o por discapacidad por encima del monto de emisión garantizada o se inscribió de manera tardía, es posible que se le envíe un formulario de Evidencia de asegurabilidad para que lo complete.						
<input type="checkbox"/> Seguro de vida y por AD&D básico <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico para dependientes <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo						
<input type="checkbox"/> Seguro de vida y por AD&D complementario/voluntario <input type="checkbox"/> Seguro de vida complementario/voluntario para cónyuge dependiente <input type="checkbox"/> Seguro de vida complementario/voluntario para hijo dependiente \$ _____ (monto del empleado) \$ _____ (monto del cónyuge) \$ _____ (monto del hijo) <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a largo plazo <input type="checkbox"/> Seguro voluntario por discapacidad a corto plazo <input type="checkbox"/> Seguro voluntario por discapacidad a largo plazo						
Ingreso anual actual: \$			Núm. de clase de seguro de vida y/o por discapacidad:			
Si el solicitante tiene entre 15 y 18 años de edad al momento de la solicitud y vive con su padre o madre, debe enviar una declaración por escrito firmada por su padre o madre donde estos presten su consentimiento para la solicitud de cobertura del menor.						
Designación de beneficiario. Utilice una hoja adicional si es necesario.						
Tipo de beneficiario <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contingente	Nombre del beneficiario	Porcentaje	Núm. de Seguro Social - -		Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento
	Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de teléfono	
Tipo de beneficiario <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contingente	Nombre del beneficiario	Porcentaje	Núm. de Seguro Social - -		Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento
	Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de teléfono	
Tipo de beneficiario <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contingente	Nombre del beneficiario	Porcentaje	Núm. de Seguro Social - -		Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento
	Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de teléfono	
Tipo de beneficiario <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contingente	Nombre del beneficiario	Porcentaje	Núm. de Seguro Social - -		Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento
	Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de teléfono	
El total de los porcentajes debe equivaler al 100%. Si el total de los porcentajes es menos del 100%, el porcentaje restante se pagará en partes iguales a todos los beneficiarios mencionados hasta alcanzar el total del 100%. Si el total de los porcentajes es más del 100%, se reducirá la parte de cada beneficiario mencionado hasta que el total equivalga al 100%. Si no se indican porcentajes, los montos se dividirán en partes iguales. Si no sobrevive ningún beneficiario principal, los montos se pagarán al beneficiario o los beneficiarios contingentes que figuran arriba. El empleado asegurado podrá cambiar los beneficiarios mediante previa notificación escrita al empleador.						

Si usted vive en AZ, CA, ID, LA, NM, TX, WA, WI y su cónyuge no es beneficiario del 50% o más del monto, su cónyuge deberá firmar a continuación. En CA, NV y WA, el término "cónyuge" también comprende a la pareja doméstica registrada. Consentimiento del cónyuge para los estados con régimen de bienes de sociedad conyugal únicamente (Nota: La compañía de seguro no se responsabiliza respecto de la validez del consentimiento del cónyuge para la designación). Si vive en un estado donde rige el régimen de bienes de sociedad conyugal (AZ, CA, ID, LA, NM, NV, TX, WA y WI), el estado puede exigir que obtenga la firma de su cónyuge si este no es nombrado beneficiario principal del 50% o más del monto de su beneficio. Su cónyuge tiene que leer y firmar lo siguiente.

Autorización del cónyuge, si corresponde
 Soy consciente de que mi cónyuge, el empleado/jubilado antes nombrado, ha designado a alguien que no soy yo para que sea el beneficiario del seguro de vida de grupo según la póliza anterior. Por el presente, doy mi consentimiento a tal designación y renuncio a cualquier derecho que pueda tener a los ingresos de tal seguro, en virtud de las leyes vigentes sobre bienes gananciales de la sociedad conyugal. Entiendo que este consentimiento y esta renuncia reemplazan cualquier consentimiento o renuncia del cónyuge previos en virtud de este plan.

Firme aquí para renunciar a los derechos sobre bienes gananciales de la sociedad conyugal	Firma del cónyuge X	Nombre del cónyuge (letra de imprenta)	Fecha de hoy (MM/DD/AAAA) / /
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------

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 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/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; comience por el mayor.

Empleado Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Es discapacitado? <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	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cónyuge/pareja doméstica Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social ¹ (requerido) - -
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Es discapacitado? <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	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Hijo dependiente Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social ¹ (requerido) - -
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Es discapacitado? <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 ² Si la respuesta es "Otra", especifique la relación: _____
Nombre del PCP	Núm. de identificación del PCP	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? Sí No Si la respuesta es afirmativa, especifique el domicilio: _____

Hijo dependiente Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social ¹ (requerido) - -
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Es discapacitado? <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 ² Si la respuesta es "Otra", especifique la relación: _____
Nombre del PCP	Núm. de identificación del PCP	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? Sí No Si la respuesta es afirmativa, especifique el domicilio: _____

1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos (IRS) 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 ya está inscrito 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 para 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 inicio (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 segundo 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"/> 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: ____/____/____
	<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: ____/____/____

Sección F: Renuncia/rechazo de la cobertura

Tipo de cobertura/motivo del rechazo (seleccione todas las opciones que correspondan).		Motivo de renuncia/rechazo de 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"/> *Seguro de vida/por AD&D (la cobertura para cónyuge/pareja doméstica y dependientes no está disponible si se renuncia a la cobertura de seguro de vida o si se la rechaza) <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo <input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a largo plazo	<input type="checkbox"/> Sin cobertura <input type="checkbox"/> Está cubierto por la cobertura grupal del cónyuge/la pareja doméstica <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja doméstica cubierto por la cobertura grupal del empleador <input type="checkbox"/> Inscrito en una cobertura individual <input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid/VA <input type="checkbox"/> 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"/> Seguro de vida para dependientes	
<input type="checkbox"/> Dependiente(s)	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la visión <input type="checkbox"/> Seguro de vida para dependientes Incluya los nombres de los dependientes que renuncian: _____	

* Por la presente, certifico que he tenido la oportunidad de solicitar la participación en los beneficios de seguro de vida grupal disponibles que ofrece mi empleador, que me han explicado estos beneficios y que mis dependientes y/o yo rechazamos la posibilidad de participar. Ni mis dependientes ni yo fuimos inducidos o presionados por mi empleador, agente o compañía de seguros de vida para que rechazáramos la cobertura. Elegimos por propia decisión rechazar la cobertura. Entiendo que si deseo solicitar dicha cobertura en el futuro, siempre que la ley lo contemple, es probable que deba presentar una Evidencia de asegurabilidad por mi propia cuenta.

Firme aquí solo si rechaza la cobertura.

Firme aquí para rechazar	Firma del solicitante X	Nombre del solicitante (letra de imprenta)	Fecha de hoy (MM/DD/AAAA) / /
---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------------------	-----------------------------------------

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 semanales necesarias para ser elegible para los beneficios conforme a lo definido por el empleador y aprobado por Anthem y/o Anthem Life a partir de la fecha de entrada en vigencia. 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).
- Los empleados que son elegibles para continuar recibiendo la cobertura conforme a las leyes estatales o federales.

Un empleado elegible no comprende 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 sobre la elegibilidad de los dependientes):

- El cónyuge/la 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 cumpla los 26 años. En el caso de la cobertura de seguro de vida, solo el cónyuge/la pareja doméstica del empleado, o los hijos de hasta 26 años, los hijos adoptados legalmente y los hijastros son elegibles.
- El límite de edad de 26 años no 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 condición 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 rechaza la inscripción para usted o para sus dependientes (incluido un cónyuge/pareja doméstica) debido a otro seguro médico o cobertura del 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 la cobertura del 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 30 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 o tutela temporal, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes siempre y cuando solicite la inscripción en el plazo de 30 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción o cuidado tutelar. 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 termina debido a la pérdida de elegibilidad.
- Usted o sus dependientes pasan 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 para el subsidio.

Sección H: Autorizaciones. Lea esta sección atentamente antes de firmar a continuación.

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 entiendo que cualquier declaración falsa o incorrecta en la solicitud puede ocasionar la pérdida de la cobertura.
- Como empleado elegible, solicito cobertura para todos los dependientes elegibles indicados en esta solicitud y para mí.
- Certifico que todos los números de Seguro Social que figuran en esta solicitud son correctos.
- Al indicar un número de teléfono, acuerdo y presto 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 y/o Anthem Life.
- 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, en el grado en que la ley lo permita, Anthem y/o Anthem Life se reservan el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud de cobertura (y que Anthem Life puede aceptar solo a ciertas personas o ciertos términos para la cobertura), y que esta solicitud de cobertura no confiere en absoluto ningún tipo de derecho.
- Asimismo, entiendo que es posible que no obtenga la cobertura del Seguro por discapacidad a largo plazo, el Seguro por discapacidad a corto plazo, el Seguro voluntario por discapacidad a largo plazo y el Seguro voluntario por discapacidad a corto plazo para una condición preexistente, si corresponde. (Consulte la póliza/el certificado para obtener información importante).
- Acepto notificar de inmediato a mi empleador cualquier cambio por el que yo o cualquiera de mis dependientes 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 previa para que el custodio 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 firmar esta solicitud, acepto que se grabe o supervise cualquier conversación telefónica entre Anthem y/o Anthem Life y yo.

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

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