

Formulario de cambio para empleados para grupos pequeños Nevada



Consulte el Folleto o Certificado de cobertura para conocer todos los términos y condiciones de la cobertura. Para obtener más información sobre Anthem Blue Cross and Blue Shield (Anthem), sus productos y servicios, visite anthem.com. Complete en forma electrónica o con tinta negra solamente y use papel adicional si fuese necesario.

Sección A: Información general

Nombre del empleador			Núm. de grupo
Apellido del empleado	Nombre del empleado	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	Núm. de Seguro Social del empleado ¹ (requerido) - -

Sección B: Información del empleado (obligatoria)

Motivo del cambio (requerido). Seleccione todas las opciones que correspondan.			
<input type="checkbox"/> Cambio de dirección	<input type="checkbox"/> Adición de cónyuge/pareja doméstica o dependiente	<input type="checkbox"/> Cancelación de toda la cobertura	<input type="checkbox"/> Cancelación de producto(s)
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Cancelación de cónyuge/pareja doméstica o dependiente	<input type="checkbox"/> Inscripción en Medicare (complete la Sección E)	
<input type="checkbox"/> Cambio de beneficio	<input type="checkbox"/> Cambio de médico de atención primaria (PCP)	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Motivo del evento (requerido). Seleccione todas las opciones que correspondan.			
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura	<input type="checkbox"/> Otro seguro	<input type="checkbox"/> Matrimonio
<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Cese	<input type="checkbox"/> Cobertura ordenada por un tribunal	<input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo
<input type="checkbox"/> Adopción de un hijo	<input type="checkbox"/> Otro; explique: _____		
Fecha del evento/fecha de entrada en vigencia solicitada (requerida) ____/____/____ (MM/DD/AAAA)			
Dirección de casa (calle o apartado postal si corresponde)		Ciudad	Estado
Código postal			
Condado	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica
Núm. de teléfono principal		Ocupación	
Dirección de correo electrónico: _____			
Proporciono mi dirección de correo electrónico porque mis dependientes inscritos y yo queremos recibir información sobre nuestros beneficios en forma electrónica. Estas comunicaciones pueden incluir las tarjetas de identificación, los Certificados de cobertura o la Evidencia de Cobertura, los reclamos, las apelaciones y las notificaciones de determinación médica, las Explicaciones de Beneficios, otros avisos requeridos e información personalizada para contribuir al máximo en pos de mis beneficios. Entiendo que debo registrarme en anthem.com o en la aplicación móvil de Sydney Health SM para poder sacar el máximo provecho de las herramientas digitales de mi plan y me aseguraré de que Anthem y HealthKeepers tengan mi correo electrónico actualizado. Mis dependientes inscritos y yo entendemos que podemos ingresar en anthem.com 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 de recopilar esta información.

Sección C: Información de la familia.

Dependientes (incluye cónyuge/pareja doméstica e hijos) que se desea agregar/cambiar/cancelar. Utilice una hoja adicional si es necesario.

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar		Motivo del evento (requerido). Seleccione todas las opciones que correspondan. <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo <input type="checkbox"/> Adopción de un hijo <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura <input type="checkbox"/> Otro seguro <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Otro; explique: _____			
Fecha del evento/fecha de entrada en vigencia solicitada (requerida) ____/____/____ (MM/DD/AAAA)					
Apellido del dependiente		Nombre		INICIAL DEL 2.º NOMBRE	Núm. de Seguro Social¹ (requerido) - -
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra² Si la respuesta es "Otra", especifique la relación: _____		
Nombre del PCP			Núm. de identificación del PCP		¿Ya es paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El dependiente tiene una dirección diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, proporcione la información: _____					

Sección D: Plan/tipo de cobertura

1. Cobertura médica	
Nombre del plan del producto médico:	Código del contrato, si lo conoce:
Cobertura médica para miembros (seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Empleado solo <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia	
2. Cobertura dental	
Nombre del plan del producto dental:	Código del contrato, si lo conoce:
Cobertura dental para miembros (seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Empleado solo <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia	
3. Cobertura de visión	
Nombre del plan del producto de la visión:	Código del contrato, si lo conoce:
Cobertura de la visión para miembros (seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Empleado solo <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia	

Sección E: Cobertura previa y otra cobertura grupal. Utilice una hoja adicional si es necesario.

¿Alguno de los solicitantes de cobertura es elegible para Medicare actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre: _____					
Núm. de identificación de Medicare	Fecha de entrada en vigencia de la Parte A (MM/DD/AAAA) / /	Fecha de entrada en vigencia de la Parte B (MM/DD/AAAA) / /	Motivo de elegibilidad de Medicare (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal: Fecha de manifestación (MM/DD/AAAA) ____/____/____		
Núm. de identificación de Medicare Parte D	Compañía de seguros de Medicare Parte D	Fecha de entrada en vigencia de la Parte D (MM/DD/AAAA) / /			
¿Alguno de los solicitantes de la cobertura está cubierto por otro seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, proporcione la siguiente información:					
Nombre de la persona cubierta (Apellido, nombre, inicial del 2.º nombre)	Tipo (elija una opción)	Cobertura (seleccione todas las opciones que correspondan)	Nombre del asegurador	Núm. de identificación de la póliza	Fechas (si corresponde) (MM/DD/AAAA) Inicio: ____/____/____ Finalización: ____/____/____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: ____/____/____ Finalización: ____/____/____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia			Inicio: ____/____/____ Finalización: ____/____/____

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

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

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

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

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

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

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

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

- He leído o me han leído la solicitud completa. Todas las declaraciones y respuestas que he brindado aquí son verdaderas y están completas, y comprendo que cualquier declaración 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 mencionados en esta solicitud son correctos.
- Al indicar un número de teléfono, acepto y doy mi consentimiento para que Anthem y sus afiliados me llamen o envíen mensajes de texto a mi número de teléfono indicado en esta solicitud utilizando un sistema telefónico automatizado y/o mensajes pregrabados con el fin de mantenerme informado acerca de mis beneficios.
- Entiendo que no puedo asignar ningún pago en virtud de mi programa de Anthem.
- Autorizo a mi empleador a deducir los aportes que correspondan de mis ingresos para pagar el seguro.
- Solicito la cobertura que elegí en esta solicitud. Si las opciones elegidas no están disponibles, acepto que estas se cambien por aquellas que figuran en la solicitud del empleador.
- Entiendo que, hasta donde lo permita la ley, Anthem se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud de cobertura y que esta solicitud de cobertura no confiere en absoluto ningún tipo de derecho.
- Acepto notificar de inmediato a mi empleador acerca de cualquier cambio por el que yo o cualquier dependiente seamos no elegibles para esta cobertura.
- Autorizo que el custodio financiero de la cuenta de ahorros para la salud (HSA), siempre que me inscriba en una cuenta HSA, proporcione a Anthem información relacionada con mi cuenta HSA, incluso el número de cuenta, el saldo de la cuenta e información relativa a la actividad de la cuenta. Entiendo que es necesaria mi autorización para que el custodio financiero pueda proveer a Anthem la información sobre mi cuenta HSA y que yo puedo presentar a Anthem una solicitud por escrito para revocar esta autorización en cualquier momento.
- Al suscribir esta solicitud con mis iniciales, acepto que se grabe o supervise cualquier conversación telefónica entre Anthem y yo.

Iniciales: _____

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

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

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