



Sección 1: Información personal

Apellido (en letra de imprenta)		Nombre (en letra de imprenta)		Inicial del segundo nombre		Fecha de entrada en vigor (MMDDAA)		Núm. de grupo	
Fecha de nacimiento (MMDDAA)		Núm. de Seguro Social		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado		Núm. de teléfono	
Dirección de correo postal <input type="checkbox"/> Marca aquí si es un cambio de domicilio			Ciudad			Estado		Código postal (5+4)	
Empleador			Fecha de contratación/recontratación (MMDDAA)		Núm. de Empleado		Dirección de correo electrónico		

Sección 2: Opciones de planes (indica con una tilde)

Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Inscripción nueva <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Cambio de plan Plan médico: <input type="checkbox"/> Active PPO <input type="checkbox"/> Bronze PPO <input type="checkbox"/> Blue Card PPO (AZ, CO, NM, TX, UT)			Se requieren documentos de respaldo (copias) para todos los dependientes que inscribas (certificado de matrimonio, certificado de nacimiento con los nombres completos de los padres).		
--	--	--	---	--	--

Sección 3: Información del empleado y la familia. Incluye tu nombre y el de todos los miembros de tu familia elegibles para inscribirse. Adjunta más hojas si es necesario.

	Sexo	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento (MMDDAA)	Núm. de Seguro Social (obligatorio)	Edad	Indica si el dependiente se va a agregar o quitar
Suscriptor	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
Cónyuge	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
Hijo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
Hijo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
Hijo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
Hijo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar
Hijo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar

Sección 4: Medicare

¿Eres jubilado? No Sí Si la respuesta es "Sí", para Medicare para ti: ¿Parte A? Sí No ¿Parte B? Sí No

¿Tú o tus dependientes tienen Medicare? No Sí Si la respuesta es "Sí", para tu dependiente: ¿Parte A? Sí No ¿Parte B? Sí No

Nombres de los dependientes que están cubiertos por Medicare: _____

Nombres de los dependientes que están cubiertos por Medicare: _____

Nombres de los dependientes que están cubiertos por Medicare: _____

Si la respuesta es "Sí", para Medicare para ti o tus dependientes, proporciona tu número de HIB o el de ellos e indica el motivo de la adjudicación y la fecha de elegibilidad de Medicare tuya o de tus dependientes.

Núm. de HIB: _____ Motivo de adjudicación: Mayor de 65 Discapacitado

Enfermedad renal en fase terminal (ESRD) Fecha de entrada en vigor de Medicare: _____

Nombre: _____

Núm. de HIB: _____ Motivo de adjudicación: Mayor de 65 Discapacitado

Enfermedad renal en fase terminal (ESRD) Fecha de entrada en vigor de Medicare: _____

Nombre: _____

Secciones 5 a 8: Lee atentamente.

5. **Proveedor no participante:** Comprendo que seré responsable del pago de una mayor proporción de mis costos médicos cuando use un proveedor no participante.

6. **Prohibición de pruebas de VIH:** Las leyes de California prohíben que las compañías de seguros médicos exijan o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener el seguro médico.

7. **Fecha de entrada en vigor:** La fecha de entrada en vigor de la cobertura está sujeta a la aprobación de Anthem Blue Cross.

8. **Acuerdo de arbitraje:**

La siguiente cláusula no se aplica a demandas colectivas:

SI SOLICITAS COBERTURA, TEN EN CUENTA QUE ANTHEM BLUE CROSS Y ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY REQUIEREN EL ARBITRAJE VINCULANTE PARA RESOLVER TODAS LAS DISPUTAS, INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, AQUELLAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONFORME AL PLAN/LA PÓLIZA O CUALQUIER OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON EL PLAN/LA PÓLIZA Y RECLAMACIONES DE NEGLIGENCIA MÉDICA, SI EL MONTO DE LA DISPUTA SUPERA EL LÍMITE JURISDICCIONAL DE LOS TRIBUNALES DE DEMANDAS DE MENOR CUANTÍA Y LA DISPUTA PUEDE SER SOMETIDA A ARBITRAJE VINCULANTE CONFORME A LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES APLICABLES, QUE INCLUYEN, ENTRE OTRAS, LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO (PPACA). *Queda comprendido que toda disputa que incluya disputas relacionadas con la prestación de servicios conforme al plan/la póliza o cualquier otro problema relacionado con el plan/la póliza, incluida cualquier disputa referida a negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados conforme a este contrato fueron innecesarios o no autorizados o fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente, se definirá sometiendo la disputa a arbitraje, conforme lo determinen o permitan las leyes federales y de California, incluida, entre ellas, la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), y no mediante un procedimiento judicial o una demanda, excepto que las leyes de California dispongan una revisión judicial de los procedimientos del 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. ESTO SIGNIFICA QUE TÚ Y ANTHEM BLUE CROSS O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY RENUNCIAN A SU DERECHO DE DIRIMIR ANTE UN JURADO E INICIAR UNA ACCIÓN LEGAL TANTO PARA LAS RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA COMO PARA CUALQUIER OTRA DISPUTA, INCLUIDAS AQUELLAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONFORME AL PLAN/LA PÓLIZA Y CUALQUIER OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON EL PLAN/LA PÓLIZA.*

Sección 9: Firma de entendimiento

Certifico con mi firma al pie que he revisado la información suministrada para esta solicitud y, según mi leal saber y entender, es fiel y precisa, sin omisiones ni afirmaciones erróneas.

Firma del empleado X	Fecha (MMDDAA)
--------------------------------	----------------

Conserva una fotocopia para tus registros y envía este formulario a CSAC, 533 S. Fremont Avenue, 6th floor, Los Angeles, CA 90071.