Formulario de cambio de empleado
EmployeeElect para grupos pequeños de 1 a 50 empleados
California

Anthem BlueCross

Instrucciones:

Si usted cancela la cobertura para un dependiente o cambia de nombre, especifique el motivo en las secciones designadas. Complete el formulario electrónicamente, o use bolígrafo azul o negro para entregarlo a su empleador. Utilice hojas adicionales si es necesario.

Nota: Conforme a las reglamentaciones de los centros de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS), los números de seguro social son obligatorios.

Envíe la solicitud a: Small Group Services
Anthem Blue Cross
PO Box 9062
Oxnard, CA 93031-9062

Sección A: Información general

Nombre del empleador			Núm. de grupo
Apellido del empleado	Nombre del empleado	Inicial del segundo nombre	Núm. de Seguro Social del empleado* (obligatorio)

Elegir idioma (opcional): ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Tagalo ☐ Otro (especifique): _____

¿Sabe leer y escribir en inglés? ☐ Sí ☐ No Si responde "No", el traductor debe firmar y presentar una declaración de responsabilidad.

Sección B: Información del empleado (obligatorio)

Motivo del cambio (obligatorio). Marque todas las que correspondan.
☐ Cambio de dirección ☐ Incorporación de cónyuge/pareja doméstica o dependiente ☐ Inscripción en Medicare (complete la Sección E) ☐ Cancelación de la cobertura
☐ Cambio de nombre ☐ Cancelación de cónyuge/pareja doméstica o dependiente ☐ COBRA
☐ Cambio de beneficio ☐ Cambio de médico de atención primaria (PCP) ☐ Cal-COBRA ☐ Otros: _____

☐ Agregar
☐ Cambiar
☐ Cancelar (Complete la Sección F)

Motivo del evento (obligatorio). Marque todas las que correspondan.
☐ Inscripción abierta (no aplicable para seguro de vida) ☐ Matrimonio ☐ Nacimiento de un hijo ☐ Adopción de un hijo
☐ Pérdida involuntaria de la cobertura ☐ Otro seguro ☐ Muerte ☐ Divorcio ☐ Otro (explique): _____
Fecha del evento (obligatorio) _____ (MM/DD/AAAA)

Domicilio particular – calle y apartado postal, si corresponde	Ciudad	Estado	Código postal

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Estado civil ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Pareja doméstica	Cantidad de dependientes

Núm. de teléfono	Dirección de correo electrónico	Ocupación

Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO)	Núm. de identificación del PCP (si selecciona un plan HMO)	¿Paciente existente? ☐ Sí ☐ No

Sección C: Información de la familia: cónyuge/pareja doméstica y dependientes que se agregan/cambian/cancelan. Utilice una hoja adicional si es necesario.

☐ Agregar
☐ Cambiar
☐ Cancelar (Complete la Sección F)

Motivo del evento (obligatorio). Marque todas las que correspondan.
☐ Inscripción abierta (no aplicable para seguro de vida) ☐ Matrimonio ☐ Nacimiento de un hijo ☐ Adopción de un hijo
☐ Pérdida involuntaria de la cobertura ☐ Otro seguro ☐ Muerte ☐ Divorcio ☐ Otro (explique): _____
Fecha del evento (obligatorio) _____ (MM/DD/AAAA)

Apellido del **cónyuge/de la pareja doméstica**	Nombre	Inicial del segundo nombre	Núm. de seguro social* (obligatorio)

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Es discapacitado? ☐ Sí ☐ No	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Parentesco con el solicitante ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica

Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO)	Núm. de identificación del PCP (si selecciona un plan HMO)	¿Paciente existente? ☐ Sí ☐ No

¿El cónyuge/pareja doméstica tiene un domicilio diferente? ☐ Sí ☐ No **Si responde "Sí", proporcione la dirección completa y código postal:**

Dirección, si es distinta	Ciudad	Estado	Código postal

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

Los seguros de vida son asegurados por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company son licenciatarios independientes de Blue Cross Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.

Nombre del empleado	Núm. de Seguro Social

Sección C: Información de la familia (continuación)

☐ Agregar
☐ Cambiar
☐ Cancelar (Complete la Sección F)

Motivo del evento (obligatorio). Marque todas las que correspondan.
☐ Inscripción abierta (no aplicable para seguro de vida) ☐ Matrimonio ☐ Nacimiento de un hijo ☐ Adopción de un hijo
☐ Pérdida involuntaria de la cobertura ☐ Otro seguro ☐ Muerte ☐ Divorcio ☐ Otro (explique): _____

Fecha del evento (obligatorio) _____ (MM/DD/AAAA)

Apellido del **dependiente**	Nombre	Inicial del segundo nombre	Núm. de seguro social* (obligatorio)

Sexo	¿Es discapacitado?	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Parentesco con el solicitante
☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Sí ☐ No		☐ Hijo ☐ Otra Si eligió "Otra", ¿cuál es la relación? _____

Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO)	Núm. de identificación del PCP (si selecciona un plan HMO)	¿Paciente existente?
		☐ Sí ☐ No

¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? ☐ Sí ☐ No **Si responde "Sí", proporcione la dirección completa y código postal:**

Dirección, si es distinta	Ciudad	Estado	Código postal

☐ Agregar
☐ Cambiar
☐ Cancelar (Complete la Sección F)

Motivo del evento (obligatorio). Marque todas las que correspondan.
☐ Inscripción abierta (no aplicable para seguro de vida) ☐ Matrimonio ☐ Nacimiento de un hijo ☐ Adopción de un hijo
☐ Pérdida involuntaria de la cobertura ☐ Otro seguro ☐ Muerte ☐ Divorcio ☐ Otro (explique): _____

Fecha del evento (obligatorio) _____ (MM/DD/AAAA)

Apellido del **dependiente**	Nombre	Inicial del segundo nombre	Núm. de seguro social* (obligatorio)

Sexo	¿Es discapacitado?	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Parentesco con el solicitante
☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Sí ☐ No		☐ Hijo ☐ Otra Si eligió "Otra", ¿cuál es la relación? _____

Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO)	Núm. de identificación del PCP (si selecciona un plan HMO)	¿Paciente existente?
		☐ Sí ☐ No

¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? ☐ Sí ☐ No **Si responde "Sí", proporcione la dirección completa y código postal:**

Dirección, si es distinta	Ciudad	Estado	Código postal

☐ Agregar
☐ Cambiar
☐ Cancelar (Complete la Sección F)

Motivo del evento (obligatorio). Marque todas las que correspondan.
☐ Inscripción abierta (no aplicable para seguro de vida) ☐ Matrimonio ☐ Nacimiento de un hijo ☐ Adopción de un hijo
☐ Pérdida involuntaria de la cobertura ☐ Otro seguro ☐ Muerte ☐ Divorcio ☐ Otro (explique): _____

Fecha del evento (obligatorio) _____ (MM/DD/AAAA)

Apellido del **dependiente**	Nombre	Inicial del segundo nombre	Núm. de seguro social* (obligatorio)

Sexo	¿Es discapacitado?	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Parentesco con el solicitante
☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Sí ☐ No		☐ Hijo ☐ Otra Si eligió "Otra", ¿cuál es la relación? _____

Nombre del PCP (si selecciona un plan HMO)	Núm. de identificación del PCP (si selecciona un plan HMO)	¿Paciente existente?
		☐ Sí ☐ No

¿Este dependiente tiene un domicilio diferente? ☐ Sí ☐ No **Si responde "Sí", proporcione la dirección completa y código postal:**

Dirección, si es distinta	Ciudad	Estado	Código postal

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

Nombre del empleado	Núm. de Seguro Social

Sección D: Plan/tipo de cobertura

1. Cobertura médica

Tenga en cuenta lo siguiente: Todos los planes de salud incluyen la cobertura necesaria para los beneficios pediátricos dentales esenciales de salud.

Ingrese el nombre de la red, el nombre del plan del producto y el código de contrato seleccionado:

Nombre de la red	Nombre del plan del producto	Código del contrato, si lo conoce

Cobertura médica para miembros — seleccione una: ☐ Empleado solo ☐ Empleado + Cónyuge/pareja doméstica ☐ Empleado + hijo(s) ☐ Familia

2. Cobertura dental

Nombre del plan del producto	Para todos los planes dentales HMO, debe suministrar su número de consultorio dental: _____	Código del contrato, si lo conoce

Cobertura dental para miembros — seleccione una: ☐ Empleado solo ☐ Empleado + Cónyuge/pareja doméstica ☐ Empleado + hijo(s) ☐ Familia

Los planes dentales opcionales no incluyen cobertura para los beneficios pediátricos esenciales de salud.

3. Cobertura de la visión

Nombre del plan del producto	Código del contrato, si lo conoce

Cobertura de la visión para miembros — seleccione una: ☐ Empleado solo ☐ Empleado + Cónyuge/pareja doméstica ☐ Empleado + hijo(s) ☐ Familia

4. Cobertura de vida (si la ofrece su empleador). Los beneficios de seguro de vida están disponibles para grupos pequeños de 2 a 50 empleados. Ofrecido por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company.

☐ Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento
☐ Seguro de vida para dependiente

☐ Seguro de vida complementario opcional (seleccione uno): ☐ $15,000 ☐ $25,000 ☐ $50,000 ☐ $100,000

☐ Otro: _____

Monto del salario: $ _____ ☐ Por hora ☐ Por mes ☐ Por año Clase de empleado: ☐ 1 ☐ 2

Beneficiario principal (utilice una hoja adicional si es necesario)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Parentesco	Núm. de Seguro Social	Porcentaje

Beneficiario contingente (utilice una hoja adicional si es necesario)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Parentesco	Núm. de Seguro Social	Porcentaje

Los porcentajes totales deben sumar 100 %. Si no se indican porcentajes, los montos se dividirán en partes iguales. Si no sobrevive ningún beneficiario primario, los montos se pagarán al o a los beneficiarios contingentes que figuran arriba.

NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN: Al asegurado propuesto y otras personas propuestas para ser aseguradas, si hubiere: la información relacionada con su asegurabilidad se tratará de manera confidencial. Sin embargo, nosotros o nuestros reaseguradores podemos hacer un breve informe sobre esta información para MIB, Inc., una organización de empresas de seguro de membrecía sin fines de lucro que opera un intercambio de información en nombre de sus miembros. Si usted solicita cobertura de seguro de vida o de salud a otra compañía miembro de MIB o se presenta una reclamación de beneficios a tal compañía, MIB puede, si se lo solicitan, suministrar a tal compañía la información que pudiera tener en sus archivos. Una vez recibida una solicitud de su parte, MIB organizará la divulgación de cualquier información que pueda tener en su expediente. Si cuestiona la exactitud de la información de los archivos de MIB, puede comunicarse con MIB para solicitar la corrección de dicha información, de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Informe Justo de Crédito (Federal Fair Credit Reporting Act). La dirección de la oficina de información de MIB es: 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734, y el número telefónico es 866-692-6901.

Consentimiento del cónyuge para estados de propiedad comunitaria solamente (Nota: La compañía de seguros no se responsabiliza por la validez de un consentimiento de cónyuge para la designación). Si vive en un estado donde se aplica la ley de propiedad comunitaria (AZ, CA, ID, LA, NM, NV, TX, WA y WI), es posible que su estado lo obligue a obtener la firma de su cónyuge si este no es nombrado beneficiario principal del 50 % o más del monto de su beneficio. Haga que su cónyuge lea y firme lo siguiente. 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 política anterior. Por el presente, doy mi consentimiento a tal designación y renuncio a cualquier derecho que pueda tener a los montos de tal seguro según las leyes de propiedad comunitaria que correspondan. Entiendo que este consentimiento y esta renuncia reemplazan cualquier previo consentimiento o renuncia del cónyuge en virtud de este plan.

Firma del cónyuge	Nombre del cónyuge	Fecha
X		

Nombre del empleado	Núm. de Seguro Social

Sección E: Otra cobertura de grupo

¿Es usted o alguno de los solicitantes de cobertura actualmente elegible para recibir Medicare? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", suministre el nombre: _____

Núm. de identificación de Medicare	Fecha de entrada en vigor de la Parte A	Fecha de entrada en vigor de la Parte B	Motivo de la elegibilidad para Medicare (marque todas las respuestas que correspondan) ☐ Edad ☐ Discapacidad ☐ Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) Fecha de manifestación _____

Núm. de identificación de Medicare Parte D	Asegurador de Medicare Parte D	Fecha de entrada en vigor de la Parte D

¿Está alguno de los solicitantes de cobertura cubierto por otra cobertura médica, dental o de la visión?
☐ 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 segundo nombre)	Tipo (marque una opción)	Cobertura (marque todas las que correspondan)	Nombre del asegurador	Núm. de teléfono del asegurador	Núm. de identificación de la póliza	Nombre del titular de la póliza	Fechas (si corresponde)
	☐ Individual ☐ Grupal ☐ Medicare	☐ Médica ☐ Dental ☐ Visión					Inicio: Finalización:
	☐ Individual ☐ Grupal ☐ Medicare	☐ Médica ☐ Dental ☐ Visión					Inicio: Finalización:

Sección F: Renuncia/Rechazo de cobertura: Es obligatorio presentar prueba de cobertura

Cobertura **médica** rechazada para (marque todas las respuestas que correspondan): ☐ Usted ☐ Cónyuge/Pareja doméstica ☐ Dependiente(s)
Cobertura **dental** rechazada para (marque todas las opciones que correspondan): ☐ Usted ☐ Cónyuge/Pareja doméstica ☐ Dependiente(s)
Cobertura de la **visión** rechazada para (marque todas las opciones que correspondan): ☐ Usted ☐ Cónyuge/Pareja doméstica ☐ Dependiente(s)
* Cobertura de **seguro de vida** rechazada para: ☐ Usted

Motivos por los que se rechaza la cobertura (marque todas las opciones que correspondan):
- ☐ Cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge/pareja doméstica
- ☐ Inscrito en otro seguro (proporcione el nombre de la compañía y del plan): _____
- ☐ Inscrito en cobertura individual
- ☐ Cónyuge cubierto por la cobertura médica de grupo del empleador
- ☐ Medicare/Medicaid/VA
- ☐ Otro (explique): _____
- ☐ Sin cobertura

Enumere los dependientes que renuncian: _____

Declaro que mi empleador me ha explicado las coberturas disponibles y sé que tengo pleno derecho a solicitar cobertura. Se me ha dado la oportunidad de solicitar esta cobertura y he decidido no inscribirme ni inscribir a mis dependientes, si los hubiere. He tomado esta decisión voluntariamente y nadie ha tratado de influenciarme ni me ha presionado para que renuncie a la cobertura. AL RENUNCIAR A ESTA COBERTURA MÉDICA DE GRUPO, DENTAL, DE VISIÓN Y/O DE VIDA (A MENOS QUE EL EMPLEADO O LOS DEPENDIENTES TENGAN COBERTURA MÉDICA DE GRUPO, DENTAL, DE VISIÓN Y/O DE VIDA DE OTRA FUENTE), RECONOZCO QUE ES POSIBLE QUE MIS DEPENDIENTES Y YO DEBAMOS ESPERAR HASTA DOCE (12) MESES PARA INSCRIBIRNOS EN ESTE PLAN DE SEGURO GRUPAL MÉDICO, DENTAL, DE VISIÓN Y/O DE VIDA A NO SER QUE YO CALIFIQUE PARA UNA INSCRIPCIÓN ABIERTA ESPECIAL.

Inscripción abierta especial
Si rechazó la inscripción para usted o para su(s) dependiente(s) (incluso para su cónyuge/pareja doméstica), es posible que pueda inscribirse e inscribir a su(s) dependiente(s) en este plan de beneficios de salud o cambiar los planes de beneficios de salud como consecuencia de ciertos eventos desencadenantes como: (1) usted o su dependiente pierde la cobertura esencial mínima; (2) usted obtiene un dependiente o pasa a ser uno; (3) se le obliga a estar cubierto como dependiente según una orden judicial estatal o federal; (4) salió de la cárcel; (5) su emisor de cobertura médica violó sustancialmente una disposición material del contrato de cobertura de salud; (6) obtiene nuevos planes de beneficios de salud como resultado de un cambio permanente; (7) recibía servicios de parte de un proveedor contratado bajo otro plan de beneficios de salud, para una de las condiciones que se describen en la sección 1373.96(c) del Código de Salud y Seguridad y ese proveedor no sigue participando en el plan de beneficios de salud; (8) usted es miembro de las fuerzas de reserva del Ejército de EE. UU. o un miembro de la Guardia Nacional de California y regresa del servicio activo; o (9) demuestra al departamento que usted no se inscribió en un plan de beneficios de salud durante el período de inscripción inmediatamente anterior porque no había sido informado de que estaba cubierto bajo la cobertura esencial 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 su(s) dependiente(s) en este plan de beneficios de salud o cambiar los planes de beneficios de salud como consecuencia de un evento desencadenante calificado.

* Por la presente certifico que se me ha dado la oportunidad de solicitar los beneficios de seguro de vida de grupo disponibles ofrecidos por mi empleador, que se me han explicado los beneficios, y que yo o mis dependientes declino/declinamos participar. Ni yo ni mis dependientes fuimos inducidos o presionados por mi empleador, agente o asegurador a declinar esta cobertura, sino que elegí/elegimos por decisión propia declinar la cobertura. Entiendo que, si deseo solicitar dicha cobertura en el futuro, tendré que presentar una evidencia de asegurabilidad por mi propia cuenta. Analice sus opciones atentamente antes de renunciar a esta cobertura.

Firme aquí solamente si rechaza la cobertura.

Firma del solicitante	Nombre en letra de imprenta	Fecha (MM/DD/AAAA)
X		

Nombre del empleado	Núm. de Seguro Social

Sección G: Términos, condiciones y autorizaciones

Lea esta sección cuidadosamente antes de firmar la solicitud.

Como empleado elegible, solicito cobertura para mí y todos mis dependientes elegibles y autorizo a mi empleador a deducir las contribuciones que correspondan de mis ingresos para pagar el seguro. Todas las declaraciones y respuestas que he brindado aquí son verdaderas y están completas. Comprendo que es un delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la negación de los beneficios del seguro. Comprendo que todos los beneficios están sujetos a las condiciones establecidas en el acuerdo de grupo y el certificado de cobertura.

Declaración de la certificación W-9

Como parte de la certificación W-9 exigida por el Servicio de Impuestos Internos, certifico que el número de Seguro Social que aparece en este formulario es mi número de identificación fiscal correcto (o estoy esperando que se emita un número a mi nombre) y no estoy sujeto a una retención adicional por las siguientes razones: (a) estoy exento de la retención adicional, o (b) no he recibido ninguna notificación del Servicio de Impuestos Internos en la que se determine que estoy sujeto a la retención adicional como consecuencia del incumplimiento de la obligación de informar todos los intereses y dividendos, o bien (c) el Servicio de Impuestos Internos me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional y soy ciudadano o residente de los Estados Unidos.

Al firmar esta solicitud, declaro que:

He leído o me han leído la solicitud completa y comprendo que cualquier declaración falsa o incorrecta en la solicitud puede ocasionar la pérdida de la cobertura de la póliza.

Para los inscritos en la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): A menos que se contemple de otro modo en todo acuerdo entre el custodio financiero, es decir el custodio de mi HSA, y yo, entiendo que mi autorización debe presentarse antes de que el custodio financiero pueda proporcionar a Anthem información relacionada con mi HSA. Autorizo por la presente a que el custodio financiero proporcione a Anthem información relacionada con mi HSA, como mi número de cuenta, balance de cuenta e información relativa a la actividad en ella. También entiendo que puedo presentar ante Anthem una solicitud por escrito para anular dicha autorización en cualquier momento.

PROHIBICIÓN DE PRUEBAS DE VIH: La ley de California prohíbe que se requiera una prueba de VIH o que las compañías de seguros de salud las utilicen como condición para obtener un seguro.

Lea detenidamente (se requiere su firma)

REQUISITO PARA EL ARBITRAJE VINCULANTE

TODAS LAS DISPUTAS, INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, AQUELLAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONFORME AL PLAN/LA PÓLIZA O TODAS LAS CUESTIONES RELACIONADAS 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 SE PUEDE SOMETER LA DISPUTA A ARBITRAJE VINCULANTE CONFORME LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES APLICABLES QUE INCLUYEN, ENTRE OTRAS, LA LEY DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. La Sección 1363.1 del Código de Salud y Seguridad de California y la Sección 10123.19 del Código de Seguros requieren divulgaciones específicas respecto de esto, lo que incluye la siguiente notificación: "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 otros, la Ley de Protección del 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. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que cualquier disputa de esta clase sea decidida en un tribunal judicial ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso del arbitraje". USTED Y ANTHEM BLUE CROSS Y/O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY ACUERDAN ESTAR OBLIGADOS POR ESTA DISPOSICIÓN DE ARBITRAJE Y RECONOCEN QUE SE RENUNCIA AL DERECHO DE UN JUICIO POR JURADO O DE PARTICIPAR EN UNA DEMANDA COLECTIVA PARA AMBAS DISPUTAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CONFORME AL PLAN/LA PÓLIZA O CUALQUIER OTRA CUESTIÓN RELACIONADA CON EL PLAN/LA PÓLIZA Y CON LOS RECLAMOS POR NEGLIGENCIA MÉDICA.

Al proporcionar más abajo su firma o su firma electrónica, usted reconoce que dicha firma es válida y vinculante.

Firme aquí	Firma del solicitante	Fecha (MM/DD/AAAA)
	X	

Nombre del empleado	Núm. de Seguro Social

Anthem Blue Cross
Language Assistance Notice

IMPORTANT: An interpreter can be provided for you to communicate with your doctor or health plan at no cost. To get an interpreter or to ask about written information in your language, please contact your group administrator.

IMPORTANTE: Se le puede brindar sin costo los servicios de un intérprete para que pueda comunicarse con su médico o plan de salud. Para obtener un intérprete o para solicitar información escrita en su idioma, comuníquese con el administrador de su grupo. (Spanish)

重要提示： 您與您的醫生或保健計劃交談時，可獲得免費口譯服務。如欲請翻譯員提供口譯，或欲查詢中文書面資料，請聯絡您的團體行政人員。(Cantonese or Mandarin)

중요: 의사 또는 건강보험사와의 의사소통을 위하여 통역사를 무료로 이용하실 수 있습니다. 통역이나 한국어로 번역된 정보를 원하시면 그룹 담당자에게 요청하시기 바랍니다. (Korean)

MAHALAGA: Mai-alok ang tagapagsalin sa iyo nang libre upang makipag-usap ka sa iyong doktor o planong pangkalusugan. Upang kumuha ng tagapagsalin o magtanong tungkol sa nakasulat na impurmasyon sa iyong lengguahe, paki-usap ang tagapangasiwa ng iyong pangkat. (Tagalog)

CHÚ Ý QUAN TRỌNG: Quý vị có thể được thông dịch viên giúp đỡ miễn phí khi quý vị cần tiếp xúc với bác sĩ hoặc nhân viên trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để được thông dịch viên giúp đỡ hoặc được cấp thông tin, văn bản chuyển ngữ sang ngôn ngữ của quý vị, xin quý vị vui lòng liên lạc ban quản trị chương trình bảo hiểm. (Vietnamese)

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company
Notice of Language Assistance

IMPORTANT: An interpreter can be provided for you to communicate with your doctor or health plan at no cost. To get an interpreter or ask about written information in your language, please call the phone number listed on the back of your ID card or contact your group administrator.

IMPORTANTE: Se le puede brindar sin costo los servicios de un intérprete para que pueda comunicarse con su médico o plan de salud. Para obtener un intérprete o para solicitar información en su idioma, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o póngase en contacto con el administrador de su grupo. (Spanish)

重要提示： 您與您的醫生或保健計劃交談時，可獲得免費口譯服務。如欲請翻譯員提供口譯，或欲查詢中文書面資料，請撥打您識別證背面的電話號碼，或聯絡您的團體行政人員。(Chinese)

Nombre del empleado	Núm. de Seguro Social

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company
Notice of Language Assistance

CHÚ Ý QUAN TRỌNG: Quý vị có thể được thông dịch viên giúp đỡ miễn phí khi quý vị cần tiếp xúc với bác sĩ hoặc nhân viên trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để được thông dịch viên giúp đỡ hoặc được cấp thông tin, văn bản chuyển ngữ sang ngôn ngữ của quý vị, xin quý vị vui lòng gọi số điện thoại ghi phía sau thẻ hội viên của quý vị hoặc liên lạc ban quản trị chương trình bảo hiểm. (Vietnamese)

MAHALAGA: Mai-alok ang tagapagsalin sa iyo nang libre upang makipag-usap ka sa iyong doktor o planong pangkalusugan. Upang kumuha ng tagapagsalin o magtanong tungkol sa nakasulat na impurmasyon sa iyong lengguahe,paki-tawagan ang numero ng telepono na nakalista sa likod ng iyong ID card o paki-usap ang tagapangasiwa ng iyong pangkat. (Tagalog)

중요: 의사 또는 건강보험사와의 의사소통을 위하여 통역사를 무료로 이용하실 수 있습니다. 통역이나 한국어로 번역된 정보를 원하시면 가입자님의 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락하시거나 그룹 담당자에게 요청하시기 바랍니다. (Korean)

ԿԱՐԵՎՈՐ. Ձեր բժշկի կամ առողջապահական ծրագրի հետ հաղորդակցվելու համար՝ Ձեզ անվճար թարգմանիչ կարող է մատակարարվել: Թարգմանիչ ստանալու կամ Ձեր լեզվով գրավոր տեղեկությունների մասին հարցնելու համար՝ խնդրվում է զանգահարել Ձեր ինքնության քարտի ետ§ի մասում գրված հեռախոսի համարով կամ կապվեք Ձեր խմբայինն կառավարչի հետ: (Armenian)

ПОМНИТЕ: Для общения с вашим врачом или представителем плана медицинского страхования вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Для того, чтобы получить услуги переводчика или попросить о предоставлении информации в письменном виде на вашем языке, пожалуйста, позвоните по номеру, который указан на оборотной стороне вашей идентификационной карты (ID card), или свяжитесь с администратором вашей медицинской группы. (Russian)

重要事項： 医師、および、ヘルスプラン担当者との意思疎通には、通訳者による通訳サービスを無料で受けることが出来ます。通訳者サービス、または、あなたが話す言語で書かれた文書による情報を要請するには、あなたのIDカードの裏側に記載された電話番号に電話をするか、または、あなたの属するグループのアドバイザーに連絡をとってください。(Japanese)

ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੂਚਨਾ: ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਜਾਂ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ (ਅਨੁਵਾਦਕ) ਦੀ ਸੇਵਾ ਮੁਫਤ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਲੈਣ ਲਈ ਜਾਂ ਲਿਖਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਗਰੁੱਪ ਪ੍ਰਬੰਧਕ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। (Punjabi)

សារៈសំខាន់ ៖ យើងអាចផ្តល់អ្នកបកប្រែជូនអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ សំរាប់ក្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយនឹងគ្រូពេទ្យ ឬគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក ។ ដើម្បីទទួលអ្នកបកប្រែ ឬសាកសួរអំពីព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខដែលមានកត់នៅលើខ្នងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក ឬទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងក្រុមរបស់អ្នក ។ (Khmer)

هام: يمكننا توفير مترجم فوري لك للتواصل مع الطبيب الخاص بك أو بخصوص خطتك الصحية بدون مقابل. للحصول على مترجم فوري أو لطلب معلومات كتابية بلغتك، رجاء الاتصال على رقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة العضوية أو اتصل بمسؤول المجموعة. (Arabic)

TSEEM CEEB: Yeej nrhiav tau ib tug neeg pab txhais lus uas yuav pab koj nrog koj tus kws kho mob los sis pawg kho mob tham pub dawb rau koj. Yog xav tau ib tug neeg txhais lus los sis xav tau cov ntawv hauv koj yam lus, thov hu mus rau tus naj npawb xov tooj nram qab koj daim ID los sis hu mus rau tus neeg saib xyuas koj pawg hauj lwm. (Hmong)