

Formulario de elección de inscripción en un plan médico patrocinado por un grupo de Anthem BC Health Insurance Company

Se deben completar todos los campos del formulario, a menos que tengan un asterisco*		
Nombre del patrocinador del grupo: Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California	Núm. de grupo: CAEGR010	
Plan en el que se inscribirá: <input checked="" type="checkbox"/> Anthem Medicare Preferred (PPO)	Fecha de entrada en vigencia solicitada de la cobertura: (__/__/____) (M M / D D / A A A A) Por lo general, la fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes siguiente a la fecha de recepción de la inscripción, a menos que se solicite y autorice una fecha posterior.	
Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (__/__/____)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono: () <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro
Dirección de residencia permanente (no introduzca un apartado de correos):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si difiere de la residencia permanente (puede incluir un apartado de correos):		
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Dirección de correo electrónico: _____		
Solo Anthem BC Health Insurance Company utilizará su dirección de correo electrónico para enviarle comunicaciones. No compartiremos su dirección de correo electrónico con nadie. Gracias por proporcionar su dirección de correo electrónico y número de teléfono.		
Utilizaremos esta información solo ocasionalmente para comunicarle información importante sobre el plan por correo electrónico, llamadas telefónicas o mensajes de texto.		
¿Podemos también comunicarnos con usted por productos y servicios adicionales que le podrían interesar mediante		
<input type="checkbox"/> correo electrónico y/o <input type="checkbox"/> mensaje de texto? Es posible que se apliquen tarifas por envío de mensajes y datos. Puede modificar sus preferencias en cualquier momento en el sitio web www.anthem.com/ca o comunicándose con Servicio al Cliente.		

Raza*	Origen étnico*
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Elijo no responder	<input type="checkbox"/> Ni de origen hispano, latino ni español <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> De otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Mexicano, estadounidense de origen mexicano, chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Elijo no responder

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____

Nota: Es obligatorio proporcionar el número de Medicare para completar la inscripción. Si no proporciona su número de identificación de beneficiario de Medicare que figura en su tarjeta de membresía del plan, es posible que se demore su inscripción en el plan.

Lea y conteste las siguientes preguntas importantes

1. ¿Es usted el jubilado? Sí No

Si respondió "Sí", indique la fecha de jubilación (mes/día/año): _____

Si la respuesta es "No", indique el nombre de la persona jubilada: _____

N.º de identificación de jubilado de Medicare: _____

2. ¿Tiene otro seguro médico? Sí No

Si respondió "Sí", ¿cuál es el nombre del plan médico (p. ej., Aetna, Humana, Cigna)? _____

¿Cuáles son las fechas de entrada en vigencia de la cobertura? _____

3. ¿Es residente de un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar de ancianos? Sí No

Si respondió "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección (calle y número) y número de teléfono de la institución: _____

4. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA o TRICARE), además de la de este plan?

Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de miembro para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

Este documento puede estar disponible en otro formato, como en letra grande. Llame a nuestro Equipo de Bienvenida de Primeras Impresiones al **1-833-848-8729**, TTY: **711** de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m. hora del este, excepto los días feriados, para solicitar información adicional o si tiene alguna pregunta.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar Medicare Parte A y Parte B para permanecer en el plan que elegí.
- **Divulgación de la información:** Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, acepto que el plan divulgue mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones médicas. Asimismo, acepto que Anthem BC Health Insurance Company divulgará mi información, incluso mis datos de eventos de medicamentos recetados, a Medicare que, a su vez, podrá divulgarla con fines de investigación y otros fines de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales vigentes.
- A mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que los beneficiarios de Medicare, generalmente, no reciben la cobertura de Medicare cuando están fuera del país, salvo una cobertura limitada en áreas cercanas a la frontera de EE. UU.
- Entiendo que, cuando comience la cobertura de Anthem Medicare Preferred (PPO), tendré que obtener todos los beneficios médicos a través de Anthem BC Health Insurance Company. Estarán cubiertos los servicios y beneficios que autorice Anthem BC Health Insurance Company y que se incluyan en el documento de *Evidencia de Cobertura* de Anthem Medicare Preferred (PPO), también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor. **Sin autorización, ni Medicare ni Anthem BC Health Insurance Company pagarán los servicios o los beneficios.**

- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en este formulario de inscripción indica que he leído y entendido los contenidos del formulario. Si quien firma es un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada, de acuerdo con la ley estatal, a completar este formulario de elección de inscripción; y
 - 2) La documentación que justifica esta autorización se encuentra disponible a solicitud de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
Si usted es el representante autorizado, firme en el espacio de arriba y complete los siguientes campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el inscrito:

Envíe este formulario de inscripción a la siguiente dirección:

Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.
 5672 Stoneridge Drive, Suite 100
 Pleasanton, CA 94588

Consulte la Evidencia de Cobertura de *Anthem BC Health Insurance Company* para obtener una lista completa de todos los beneficios, las condiciones, las limitaciones y exclusiones de cobertura del plan.

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para responder a las preguntas de los miembros que no hablen inglés. Llame al Equipo de Bienvenida de Primeras Impresiones al número que se indica en este documento para solicitar servicios de intérprete.

Anthem BC Health Insurance Company es un plan LPPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Anthem BC Health Insurance Company depende de la renovación del contrato. Anthem BC Health Insurance Company es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc. Licenciatario independiente de Blue Cross Association.

1041092MUSSPMUB_001_NOCALA