



An Anthem Company



An Anthem Company

ES NECESARIO COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Número de afiliado del abonado

Grid of 12 boxes for member ID number

Número del grupo médico

Grid of 12 boxes for medical group number

Número del grupo dental y de la vista

Grid of 12 boxes for dental and vision group number

Solicitud de inscripción de dependientes que han alcanzado la mayoría de edad

Marque la cobertura que se aplica a: Médica Dental Vista

Nombre del abonado (nombre, inicial, apellidos)

Grid of 24 boxes for member name

Domicilio (calle)

Grid of 24 boxes for street address

Ciudad

Grid of 18 boxes for city

Estado

Grid of 2 boxes for state

Código postal

Grid of 5 boxes for zip code

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES QUE HAN ALCANZADO LA MAYORÍA DE EDAD PARA SU INSCRIPCIÓN O CONTINUACIÓN DE COBERTURA

(A) DEPENDENCIA FINANCIERA	(B) VERIFICACIÓN COMO ESTUDIANTE - NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NOMBRE DEL DEPENDIENTE (nombre, inicial, apellidos)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

INFORMACIÓN REQUERIDA (En caso de información inexacta, incompleta o faltante, la solicitud será devuelta causando una demora en el proceso de inscripción o continuación de cobertura.)

DEPENDENCIA FINANCIERA: Adjunte evidencia de dependencia financiera.

VERIFICACIÓN COMO ESTUDIANTE: Adjunte el plan escolar o el horario de las clases y evidencia de inscripción o de pago de la matrícula.

Para el caso de cobertura nueva: Presente junto con su propia solicitud. **Para continuación de una cobertura existente** presentar a Anthem Blue Cross and Blue Shield o a HMO Colorado / HMO Nevada, PO Box 5858, Denver Colorado 80217-5858 Fax (303) 831-2399

DECLARACIÓN JURADA PARA DEPENDIENTES QUE HAN ALCANZADO LA MAYORÍA DE EDAD

Yo, el suscrito, verifico y atestigo al hecho de que mi(s) hijo(s) es(son) soltero(s) y dependen financieramente de mí y que por tanto cumple(n) con los requisitos para recibir cobertura bajo esta póliza. Comprendo que:

- Soy responsable de notificar a Anthem Blue Cross and Blue Shield o a HMO Colorado / HMO Nevada dentro de los 31 días de cualquier cambio en el estado como dependiente.
- El cumplimiento con los requisitos de los dependientes que han alcanzado la mayoría de edad se debe renovar cada año hasta haberse alcanzado el límite máximo de edad, según se especifica en el Certificado de Cobertura.
- Dicha cobertura estará regida por la situación real en el momento de prestar los servicios, y si mi(s) hijo(s) no cumple(n) con los requisitos para ser considerado "dependiente" en el momento de prestarse los servicios, los cargos por dichos servicios no serán reembolsables y podrían resultar de mi exclusiva responsabilidad.

FIRMA DEL ABONADO

FECHA

COLORADO AND NEVADA OVERAGE DEPENDENT ENROLLMENT REQUEST

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar o tratar de estafar a la compañía. Los castigos pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles.

FORM NO. 98001-SP (REV. 3-03) Independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem Blue Cross and Blue Shield is the trade name of Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. © Registered marks Blue Cross and Blue Shield Association.