

Solicitud de inscripción a Anthem



(Tamaño de grupo: desde 51 empleados elegibles)

*En el interior encontrará su solicitud de inscripción.
Es importante que la lea con atención y que llene todas
las secciones necesarias.*

Anthem® Life

Si usted es un nuevo afiliado:

- a) Que presenta su solicitud para recibir cobertura médica, oftalmológica y / u odontológica, además del seguro de vida y por discapacidad, llene las Secciones 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10. Tendrá que firmar la Sección 10.
- b) Que presenta su solicitud para recibir cobertura médica, oftalmológica y / u odontológica, pero que renuncia al seguro de vida y por discapacidad, llene las Secciones 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11. Tendrá que firmar la Sección 10.
- c) Que presenta su solicitud para el seguro de vida y por discapacidad, pero que renuncia a la cobertura médica, llene las Secciones 2, 5, 6, 7, 10 y 11. Tendrá que firmar la Sección 10.
- d) Que renuncia a todo tipo de cobertura, llene las secciones 2, 5 y 11. Tendrá que firmar la Sección 11.

Si usted está agregando a uno o más dependientes,
llene la Sección 3 además de lo anterior.

Si usted es un nuevo afiliado en el seguro Anthem ByDesign Buy-up:

Que está presentando su solicitud para recibir la cobertura médica, odontológica u oftalmológica de Anthem ByDesign Buy-up, marque la casilla apropiada de PPO que está en la sección 4, "Tipo de cobertura / plan" y anote el número de plan de beneficios médicos, odontológicos u oftalmológicos que ha elegido en la línea provista junto a la casilla de verificación de PPO.

Que está presentando su solicitud para recibir la cobertura de Discapacidad a corto plazo (STD) o Discapacidad a largo plazo (LTD) de Anthem ByDesign Buy-up, marque la casilla apropiada de STD o LTD que está en la Sección 7, "Seguro de vida y por discapacidad" e indique el porcentaje de beneficio que ha elegido en la línea provista junto a STD o LTD.

**Es importante que lea y comprenda los
Términos, condiciones y autorizaciones
importantes que figuran en la Sección 10.**

***Gracias por elegir Anthem
Blue Cross and Blue Shield.***

***Nota: Tal vez tenga que suministrar información
adicional.***

www.anthem.com

Los productos de seguro de vida y por discapacidad se aseguran mediante Anthem Life Insurance Company, licenciataria de Blue Cross and Blue Shield Association.

En Indiana: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc.
En Kentucky: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans of Kentucky, Inc.

En Ohio: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Community Insurance Company.

Licencias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

©Marcas registradas Blue Cross and Blue Shield Association.

Solicitud de inscripción



(Tamaño de grupo: desde 51 empleados admisibles)

Por favor, llene con tinta y entregue a su empleador. Si lo necesita, use hojas de papel adicionales. Toda la información suministrada debe aplicarse a este empleador.

Los listados de los médicos de cabecera (PCP) de Anthem para los productos HMO/POS pueden obtenerse en el sitio www.anthem.com.

1. Para uso del empleador: Nombre y domicilio del empleador									
No. de grupo		No. de subgrupo / no. de división de seguro de vida		Solicitud/ fecha de entrada en vigor		Clasificación de seguro de vida		Nombre del solicitante / no. de departamento	
Para uso de Anthem: Plan		Fecha de entrada en vigor del plan médico		Fecha de entrada en vigor del seguro de vida		Fecha de entrada en vigor del plan odontológico		Fecha de entrada en vigor del plan oftalmológico	
		/ /		/ /		/ /		/ /	
								PCP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
								COB <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
								Pre-ex (fecha) / /	

2. Motivo de la solicitud		4. Tipo de Plan/ cobertura							
<input type="checkbox"/> Nueva inscripción <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Inscripción anual abierta (N/D para seg. de vida) <input type="checkbox"/> COBRA Evento calificante _____		<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Recontratación (fecha) ___/___/___ <input type="checkbox"/> Agregar a un dependiente (ver Sección 3) Fecha del evento: ___/___/___							
3. Evento / cambio de estado		Cobertura médica		Cobertura odontológica		Cobertura oftalmológica		Seguro de vida	
Fecha del evento: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento *Incluir documentación legal.		<input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Tutela legal* <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> HMO* <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Blue Priority* <input type="checkbox"/> Blue Traditional* (Sólo Ohio: un producto de una compañía de seguros médicos o HIC)		<input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Traditional (Indiana y Ohio solamente)		<input type="checkbox"/> Oftalmología <input type="checkbox"/> Vida (ver sección 7)	
		<input type="checkbox"/> Empleado solamente <input type="checkbox"/> Empleado – cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado – hijo(s) <input type="checkbox"/> Cobertura familiar <input type="checkbox"/> Sin cobertura		<input type="checkbox"/> Empleado solamente <input type="checkbox"/> Empleado – cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado – hijo(s) <input type="checkbox"/> Cobertura familiar <input type="checkbox"/> Sin cobertura		<input type="checkbox"/> Empleado solamente <input type="checkbox"/> Empleado – cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado – hijo(s) <input type="checkbox"/> Cobertura familiar <input type="checkbox"/> Sin cobertura			

5. Información del empleado * Sólo llene la información del PCP (médico de cabecera) si se inscribe en los productos de HMO o POS																	
Apellido		Nombre / inicial del 2º nombre		Fecha de nacimiento		Edad		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		No. de seguro social		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado		Estatura		Peso	
Domicilio particular		Ciudad		Estado		Código postal		Condado (los residentes de Kentucky deben incluir la municipalidad)									
Teléfono particular () () ()				Teléfono de oficina () () ()				Dirección de correo electrónico									
¿Está usted... retirado? discapacitado? internado?		Ocupación		Fecha de contratación de trabajo jornada completa		Horas que trabaja por semana		Declaración de impuestos por:				<input type="checkbox"/> W2 <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Otro:					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				/ /													
Nombre y domicilio del PCP de Anthem*				Número de identidad del PCP de Anthem*				¿Es paciente nuevo?*				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

6. Información de la familia / Cónyuge y dependientes que va a inscribir (agregue hojas por separado si fuera necesario) * Llene la información del PCP (médico de cabecera) si se inscribe en los productos HMO o POS															
1. Apellido		Nombre, inicial del segundo nombre		Relación con el solicitante		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro		¿Es estudiante de tiempo completo?							
¿El domicilio del dependiente es diferente del domicilio del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, indique la dirección completa)		Fecha de nacimiento		Sexo		No. de seguro social		¿Reúne los requisitos para la exención del impuesto sobre la renta federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene beneficios de salud impuestos por algún tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, incluir la documentación legal) ¿Actualmente está internado o discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, indique las razones)							
		/ /		/ /											
Nombre y domicilio del PCP de Anthem*				Número de identidad del PCP de Anthem*				¿Es paciente nuevo?*				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2. Apellido		Nombre, inicial del segundo nombre		Relación con el solicitante		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro		¿Es estudiante de tiempo completo?							
¿El domicilio del dependiente es diferente del domicilio del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, indique la dirección completa)		Fecha de nacimiento		Sexo		No. de seguro social		¿Reúne los requisitos para la exención del impuesto sobre la renta federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene beneficios de salud impuestos por algún tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, incluir la documentación legal) ¿Actualmente está internado o discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, indique las razones)							
		/ /		/ /											
Nombre y domicilio del PCP de Anthem*				Número de identidad del PCP de Anthem*				¿Es paciente nuevo?*				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. Apellido		Nombre, inicial del segundo nombre		Relación con el solicitante		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro		¿Es estudiante de tiempo completo?							
¿El domicilio del dependiente es diferente del domicilio del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, indique la dirección completa)		Fecha de nacimiento		Sexo		No. de seguro social		¿Reúne los requisitos para la exención del impuesto sobre la renta federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene beneficios de salud impuestos por algún tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, incluir la documentación legal) ¿Actualmente está internado o discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, indique las razones)							
		/ /		/ /											
Nombre y domicilio del PCP de Anthem*				Número de identidad del PCP de Anthem*				¿Es paciente nuevo?*				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

7. Seguro de vida y por discapacidad							
<input type="checkbox"/> De vida básico <input type="checkbox"/> De vida del dependiente <input type="checkbox"/> De vida complementario: _____ x ganancias anuales O \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingreso actual: \$ _____ <input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes <input type="checkbox"/> por año		<input type="checkbox"/> AD&D básico <input type="checkbox"/> AD&D complementario <input type="checkbox"/> Discapacidad a corto plazo ___% <input type="checkbox"/> Discapacidad a largo plazo ___%		<input type="checkbox"/> Discapacidad a corto plazo Anthem By Desing – BUY-UP <input type="checkbox"/> Discapacidad a largo plazo Anthem By Desing – BUY-UP <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico Anthem By Desing – BUY-UP *completar formulario de elección separado		¿Trabaja en forma activa actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es no, motivo:	
Beneficiario primario		Beneficiario contingente					
Apellido:		Apellido:		Apellido:		Apellido:	
Nombre, inicial del 2º nombre		Nombre, inicial del 2º nombre		Nombre, inicial del 2º nombre		Nombre, inicial del 2º nombre	
No. del seguro social		No. del seguro social		No. del seguro social		No. del seguro social	
Relación con el solicitante		Relación con el solicitante		Relación con el solicitante		Relación con el solicitante	
Edad		Edad		Edad		Edad	

8. Otra cobertura médica Por favor, marque una opción <input type="checkbox"/> SI (llenar abajo) <input type="checkbox"/> NO			
El día que comienza su cobertura, enumere los miembros de su familia (incluyéndose usted) que quedarán cubiertos por cualquier otro seguro médico.			
Indique el nombre, número de teléfono y dirección de la HMO o compañía de seguro		Número de póliza/ certificado	Fecha de entrada en vigor ____/____/____
Nombre del titular de la póliza/ certificado	Número de seguro social	Fecha de nacimiento ____/____/____	Relación con el solicitante
Si usted y / o sus dependientes están inscritos en Medicare Parte A o Medicaid, llene lo siguiente.			
Nombre(s) del afiliado	No. de ID de Medicare/ Medicaid	Fecha de entrada en vigor de Medicare Parte A ____/____/____	Fecha de entrada en vigor de Medicare Parte B ____/____/____
			Fecha de inicio de la ESRD ____/____/____
Razón por la que tiene derecho a recibir Medicare <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD y discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD (enfermedad renal terminal)			

9. Cobertura médica anterior Por favor, marque una opción <input type="checkbox"/> SI (llenar abajo) <input type="checkbox"/> NO		
¿Estuvo asegurado con Anthem en los últimos dos (2) años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre grupo/ no. de identidad	Fechas de vigencia de la póliza ____/____/____ hasta ____/____/____
No. de póliza/ certificado	Enumere a los asegurador(es) anterior(es)	Fechas de vigencia de la póliza ____/____/____ hasta ____/____/____
¿Estaba usted y / o sus dependientes asegurado con otra aseguradora en los últimos dos (2) años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Por favor, marque el tipo de seguro anterior <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado/ cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/ hijo(s) <input type="checkbox"/> Empleado/ cónyuge/ hijo(s)		
Razón de terminación: <input type="checkbox"/> Divorcio/ separación legal <input type="checkbox"/> Muerte del cónyuge <input type="checkbox"/> Se venció la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Fin de la relación laboral <input type="checkbox"/> Fin de plan colectivo <input type="checkbox"/> Fin del aporte patronal/ colectivo <input type="checkbox"/> Otra:		

Términos, condiciones y autorizaciones importantes

Por favor, lea esta sección con atención antes de firmar la solicitud.

- No puedo ceder ningún pago en virtud de mi programa Anthem Blue Cross and Blue Shield,
- Autorizo que se haga la deducción de mi salario/ pensión, si fuera necesaria para la prima requerida para la cobertura para la cual yo o cualquiera de mis dependientes hemos presentado la solicitud.
- Estoy presentando la solicitud para la cobertura seleccionada en este formulario. Si elijo una cobertura o combinación de ellas, no disponible para mí y / o una clase para la que no reúno los requisitos, acepto que mi elección se modifique automáticamente por la presente, para que coincida con la solicitud del empleador.
- Entiendo que en la medida que las leyes lo permitan, Anthem se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud (y que Anthem Life Insurance Company puede aceptar sólo a ciertas personas o condiciones para la cobertura) y que la misma no genera derecho de ninguna naturaleza. Asimismo entiendo que esta cobertura, si se aprueba, puede excluir la cobertura de enfermedades preexistentes. (Ohio solamente: a menos que yo haya presentado una solicitud para la cobertura de HMO/HIC, en cuyo caso no existe tal exclusión).
- Tengo la responsabilidad de notificar oportunamente a mi empleador todo cambio por el que yo o cualquiera de mis dependientes, perderíamos la elegibilidad para obtener la cobertura.
- Ohio: Si se presenta la solicitud para la cobertura de HMO/HIC, entiendo que puedo cancelar mi membresía suministrando una notificación por escrito a Anthem dentro de las 72 horas posteriores a haber firmado esta solicitud.
- Al firmar esta solicitud, acepto y autorizo que se grabe y / o controle toda conversación telefónica que tenga lugar entre Anthem y yo.
- ESTE PÁRRAFO SE APLICA SÓLO A LOS MIEMBROS DE LOS GRUPOS DE OHIO Y NO SE APLICA A LOS MIEMBROS DE LOS GRUPOS DE INDIANA NI DE KENTUCKY: Entiendo que Anthem puede recabar información personal sobre mí de fuentes externas y que tanto la información personal como la privilegiada sólo puede ser divulgada a terceros externos sin mi autorización, si tal divulgación estuviera permitida por los Reglamentos de Privacidad de la HIPAA [Health Insurance and Portability Act, Ley de Transferibilidad y Seguros Médicos] (Título 45, del Código de Reglamentos Federales, Partes 160 y 164) y el artículo 3904.13 del Código Enmendado de Ohio. También tengo entendido que de conformidad con los Reglamentos de Privacidad de la HIPAA y las leyes de Ohio, tengo el derecho de ver y corregir la información personal que Anthem recabe sobre mí y que puedo recibir una descripción más detallada de mis derechos según estas leyes, si lo solicito por escrito a Anthem.

Admito haber leído los Términos, condiciones y autorizaciones importantes y acepto dichas disposiciones como condición de cobertura. Declaro que a mi leal saber y entender que las respuestas a todas las preguntas que figuran en esta solicitud son veraces y precisas y entiendo que Anthem se basa en ellas para aceptar esta solicitud. Soy consciente de que toda tergiversación en las declaraciones o el no suministrar información médica nueva antes de mi fecha de entrada en vigor, puede redundar en un cambio importante de la cobertura o en las primas. Toda tergiversación material u omisión significativa hallada en esta solicitud puede motivar el rechazo del otorgamiento de los beneficios o a la rescisión o cancelación de mi cobertura.

Ohio: Toda persona que, con la intención de defraudar o que, con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, entregue una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude contra el seguro.

Kentucky: Toda persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros, institución para el mantenimiento de la salud, plan de autoaseguro u a otra persona, presentara una solicitud para el seguro u otro formulario para obtener cobertura médica que contuviera información importante falsa o que, con el fin de engañar a la otra parte, ocultara información relacionada con cualquier hecho importante de la misma, estará cometiendo fraude al seguro, lo cual constituye un delito.

Extiendo esta autorización para y en nombre de todo dependiente elegible y en el mío propio, si estuviera cubierto por el Plan. Me desempeño como su apoderado y representante.

Su plan de salud estará administrado por una de las siguientes empresas, según el estado en el que se encuentre su empleador:

En Indiana: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc.

En Kentucky: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans of Kentucky, Inc.

En Ohio: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Community Insurance Company.

Gracias por elegir Anthem Blue Cross and Blue Shield.

10. Lea con atención la sección de los TÉRMINOS explicada más arriba antes de firmar. Revise la solicitud para asegurarse de que no haya errores ni omisiones	
Al firmar este documento, estoy indicando haber leído y entendido el lenguaje empleado en la sección de los TÉRMINOS de esta solicitud y los acepto en su totalidad	
Firma del solicitante:	Fecha ____/____/____

11. Renuncia de cobertura para el empleado y / o cualquier dependiente elegible que no se esté afiliando	
Marque todos los que correspondan. Renuncia a: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan odontológico <input type="checkbox"/> Plan oftalmológico <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Todos	
Nombre de la persona que renuncia	Ya está cubierto por el seguro del: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre / madre <input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre del empleador	Aseguradora: <input type="checkbox"/> Anthem (indique el no. de certificado/ póliza) <input type="checkbox"/> Otra aseguradora (indique el nombre, no. de ID)
Marque todos los que correspondan. Renuncia a: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan odontológico <input type="checkbox"/> Plan oftalmológico <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Todos	
Nombre de la persona que renuncia	Ya está cubierto por el seguro del: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre / madre <input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre del empleador	Aseguradora: <input type="checkbox"/> Anthem (indique el no. de certificado/ póliza) <input type="checkbox"/> Otra aseguradora (indique el nombre, no. de ID)
Marque todos los que correspondan. Renuncia a: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan odontológico <input type="checkbox"/> Plan oftalmológico <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Todos	
Nombre de la persona que renuncia	Ya está cubierto por el seguro del: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre / madre <input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre del empleador	Aseguradora: <input type="checkbox"/> Anthem (indique el no. de certificado/ póliza) <input type="checkbox"/> Otra aseguradora (indique el nombre, no. de ID)
Marque todos los que correspondan. Renuncia a: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan odontológico <input type="checkbox"/> Plan oftalmológico <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Todos	
Nombre de la persona que renuncia	Ya está cubierto por el seguro del: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre / madre <input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre del empleador	Aseguradora: <input type="checkbox"/> Anthem (indique el no. de certificado/ póliza) <input type="checkbox"/> Otra aseguradora (indique el nombre, no. de ID)
<p>Marque el casillero que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> Certifico que se me ha dado la oportunidad de presentar la solicitud para la cobertura de Anthem Blue Cross and Blue Shield y que luego de haberlo considerado con detenimiento, decidí no aprovechar esta propuesta. En el caso de que desee solicitar esta cobertura más adelante, podré hacerlo sujetándome a los procedimientos establecidos.</p> <p>Si estoy rechazando la inscripción para mí mismo o para mis dependientes (incluyendo mi cónyuge) debido a que tengo otro seguro médico, en el futuro puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes en este plan, siempre y cuando dicha inscripción se solicite dentro de los 31 días posteriores a que la otra cobertura finalice. Tanto mis dependientes como yo, podemos quedar sujetos a las restricciones de enfermedades preexistentes o períodos de espera especificados en el certificado colectivo, si yo o un dependiente o nos inscribimos fuera de tiempo. Además, si tengo un dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción puedo inscribirme o inscribir a cualquiera de mis dependientes, siempre y cuando solicite dicha inscripción dentro de los 31 días de haberse producido el matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción.</p> <p><input type="checkbox"/> Certifico que se me ha dado la oportunidad de presentar la solicitud para los beneficios de seguro de vida colectivo que ofrece mi empleador / grupo, que los beneficios me fueron explicados y que yo y / o mis dependientes preferimos no participar. Ni yo ni mis dependientes fuimos inducidos ni presionados por mi empleador / grupo, agente o compañía de seguros de vida para rechazar esta cobertura, sino que la he / hemos rechazado por elección propia. Entiendo que si desee solicitar esta cobertura más adelante, es posible que se me soliciten pruebas de mi elegibilidad para el seguro por mi cuenta.</p>	
Firma del solicitante	Fecha: _____