



Solicitud de Inscripción del Empleado para los Planes de Salud y de Seguro de Vida

Planes de Blue Shield para 101 empleados o más

Blue Shield of California y

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)

Nota: Si no completa toda esta solicitud de inscripción en forma legible, es posible que se demore el proceso de inscripción.

Motivo de la solicitud:

☐ Contratación nueva	☐ Pérdida de cobertura. Fecha: _____	☐ Inscripción tardía
☐ Recontratación. Fecha: _____	☐ Inscripción abierta	☐ Otro tipo de situación calificante _____ Fecha en la que ocurrió la situación indicada _____

Sección 1: Reglas importantes sobre la inscripción en la cobertura de beneficios especializados

Cobertura dental, de la vista y de seguro de vida: Un empleado puede inscribirse en un plan dental, de la vista o de seguro de vida sin inscribirse en un plan de salud. Para que un dependiente pueda inscribirse en un plan dental o de la vista, el empleado debe estar inscrito en el mismo plan dental o de la vista.

La inscripción en un seguro de vida debe cumplir con las siguientes normas:

1. La emisión de todas las cantidades de seguro de vida temporal básico para los empleados que se inscriben cuando son elegibles por primera vez para obtener beneficios está totalmente garantizada (no se exige la Evidencia de Asegurabilidad). Se exige la Evidencia de Asegurabilidad para las personas que se inscriben tarde.
2. En el caso del seguro de vida suplementario, se exige la Evidencia de Asegurabilidad para todas las cantidades que superen la emisión garantizada.
3. Un empleado debe estar inscrito en la cobertura del seguro de vida suplementario/por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés) para que su cónyuge/pareja doméstica o sus hijos dependientes sean elegibles para la cobertura del seguro de vida suplementario. Para ser elegibles para la cobertura del seguro de vida suplementario, el cónyuge/pareja doméstica y/o los hijos dependientes no deben estar cubiertos por el seguro de vida básico para dependientes.

Sección 2. Plan(es) Seleccione y complete el o los nombres de los planes según corresponda.

Beneficios médicos sin opciones de planes de salud asociados a cuentas (ABHP, por sus siglas en inglés):

☐ Active Choice® Plus _____	☐ Active Choice® Classic _____	☐ Access+ HMO® _____
☐ Access+ HMO® SaveNet SM _____	☐ Local Access+ HMO® _____	☐ Trio HMO _____
☐ Added Advantage POS SM _____	☐ Full PPO _____	☐ Full PPO Savings [†] _____
☐ Full EPO _____	☐ Tandem PPO _____	☐ Virtual Blue SM _____
☐ Tandem EPO _____	☐ Blue Shield 65 Plus SM (HMO) _____	☐ Tandem PPO Savings [†] _____

Beneficios médicos con opciones de planes de salud asociados a cuentas (ABHP):

Active Choice® Plus: ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA	Full PPO Savings [†] : ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA ☐ HSA ☐ LPFSA [†]
Active Choice® Classic: ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA	Full EPO: ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA
Access+ HMO®: ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA	Tandem PPO: ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA
Access+ HMO® SaveNet SM : ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA	Virtual Blue SM : ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA
Local Access+ HMO®: ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA	Tandem PPO Savings [†] : ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA ☐ HSA ☐ LPFSA [†]
Trio HMO: ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA	Tandem EPO: ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA
Full PPO: ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA	Blue Shield 65 Plus SM (HMO): ☐ HRA ☐ HIA ☐ FSA

Beneficios especializados: ☐ Seguro de vida grupal temporal básico para empleados/AD&D* _____	☐ Seguro de vida temporal suplementario* _____
☐ Seguro de vida básico para dependientes* _____	☐ Dental PPO _____
☐ Seguro AD&D temporal suplementario* _____	☐ Dental HMO _____
☐ Dental INO _____	☐ Vista* _____
☐ Otro _____	

* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

† Los planes Full PPO Savings y Tandem PPO Savings son planes de salud con deducibles altos elegibles para una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés).

‡ Deben combinarse únicamente con un plan con HSA.

Nota: Blue Shield no brinda consejos sobre impuestos ni ofrece HSA, cuentas de reembolso de gastos médicos (HRA, por sus siglas en inglés), cuentas para el incentivo de la salud (HIA, por sus siglas en inglés), cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) ni cuentas de gastos flexibles de propósito limitado (LPFSA, por sus siglas en inglés).

Solo para uso interno. No escriba en esta sección y pase a la Sección 3.

Código del departamento	Identificación del grupo	Identificación del subgrupo	Identificación de clase	Fecha de comienzo

Sección 3: Información del empleado

N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente		Nombre del empleador (grupo)	
Apellido		Primer nombre	Inicial del 2.º
Situación de trabajo: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Jubilado		Fecha de contratación: _____	Puesto/clasificación en el trabajo
Dirección del hogar (calle, ciudad, estado, código postal)		Cantidad del seguro de vida grupal temporal básico/AD&D:	
		Cantidad del seguro de vida básico para dependientes (todos los dependientes elegibles estarán cubiertos):	
Dirección postal (si es distinta de la dirección del hogar)		Cantidad del seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación):	
		Cantidad del seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación):	
Número de teléfono celular	Número de teléfono fijo	Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)	

Acepto que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse conmigo sobre mi cuenta y los diversos programas de salud y bienestar disponibles para mí, y otra información promocional que pueda beneficiarme a mí y a mis dependientes, incluso por teléfono o texto a los números que he indicado en este formulario, usando un marcador automático o una voz artificial o pregrabada; se aplican las tarifas de datos estándar. ☐ Sí ☐ No

Su participación es voluntaria y puede darse de baja en cualquier momento. Visite [blueshieldca.com/terms](https://www.blueshieldca.com/terms) para obtener más información.

Preferencia para los mensajes: ☐ Electrónicos ☐ En papel

Fecha de nacimiento _____ **Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino **Estado civil** ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja doméstica

Preferencia de idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Vietnamita ☐ Farsi ☐ Otro _____

¿Inscribe a su cónyuge/pareja doméstica y/o a sus hijos dependientes? ☐ Sí ☐ No Si contesta "Sí", complete la Sección 4 de la solicitud.

Información de proveedores HMO: Sitio web del directorio de Blue Shield of California: [blueshieldca.com/fap/app/search.html](https://www.blueshieldca.com/fap/app/search.html)

Nombre del médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés):		Número de proveedor:
Nombre del grupo médico/asociación de práctica independiente (IPA, por sus siglas en inglés):	Número del grupo médico/IPA:	¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No
Nombre del proveedor dental:	Número de proveedor dental:	¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No

Sección 4: Información del cónyuge/pareja doméstica/hijos dependientes. Si usted, su cónyuge/pareja doméstica o sus dependientes rechazan la cobertura, complete y firme el formulario de Rechazo de Cobertura.

Dirección del dependiente, si es distinta de la del empleado; en ese caso, indique a qué dependiente(s) corresponde:

Información del cónyuge/pareja doméstica que se inscribe	Se inscribe en (marque todo lo que corresponda)	Solo HMO y Added Advantage POS: nombre del médico de atención primaria	Solo Dental HMO: proveedor dental
☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica ☐ Masculino ☐ Femenino Primer nombre Inicial del 2.º Apellido N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	☐ Cobertura médica ☐ Cobertura dental ☐ Cobertura de la vista ☐ Seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____ ☐ Seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____	Nombre del médico Nombre Apellido Número de proveedor Nombre del grupo médico/IPA Número del grupo médico/IPA ¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No	Nombre del proveedor dental Nombre Apellido Número de proveedor dental ¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No
Preferencia para los mensajes ☐ Electrónicos ☐ En papel	Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)		
Información del o de los hijos dependientes que se inscriben	Se inscribe en (marque todo lo que corresponda)	Solo HMO y Added Advantage POS: nombre del médico de atención primaria	Solo Dental HMO: proveedor dental
☐ Masculino ☐ Femenino Primer nombre Inicial del 2.º Apellido N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	☐ Cobertura médica ☐ Cobertura dental ☐ Cobertura de la vista ☐ Seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____ ☐ Seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____	Nombre del médico Nombre Apellido Número de proveedor Nombre del grupo médico/IPA Número del grupo médico/IPA ¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No	Nombre del proveedor dental Nombre Apellido Número de proveedor dental ¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene una discapacidad? ☐ Sí ☐ No			
Preferencia para los mensajes ☐ Electrónicos ☐ En papel	Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)		

Sección 4: Información del cónyuge/pareja doméstica/hijos dependientes (continuación)

☐ Masculino ☐ Femenino Primer nombre Inicial del 2.º Apellido N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ¿Tiene una discapacidad? ☐ Sí ☐ No	☐ Cobertura médica ☐ Cobertura dental ☐ Cobertura de la vista ☐ Seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____ ☐ Seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____	Nombre del médico Nombre Apellido Número de proveedor Nombre del grupo médico/IPA Número del grupo médico/IPA ¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No	Nombre del proveedor dental Nombre Apellido Número de proveedor dental ¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No
Preferencia para los mensajes ☐ Electrónicos ☐ En papel			
Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)			
☐ Masculino ☐ Femenino Primer nombre Inicial del 2.º Apellido N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ¿Tiene una discapacidad? ☐ Sí ☐ No	☐ Cobertura médica ☐ Cobertura dental ☐ Cobertura de la vista ☐ Seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____ ☐ Seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____	Nombre del médico Nombre Apellido Número de proveedor Nombre del grupo médico/IPA Número del grupo médico/IPA ¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No	Nombre del proveedor dental Nombre Apellido Número de proveedor dental ¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No
Preferencia para los mensajes ☐ Electrónicos ☐ En papel			
Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)			

Sección 5: Beneficiario del seguro de vida

Beneficiario principal: Blue Shield Life pagará los fondos recaudados al beneficiario principal. Si se nombra a más de una persona como beneficiario principal, los fondos recaudados se distribuirán de manera equitativa entre aquellos beneficiarios principales que sobrevivan al asegurado, a menos que se especifique lo contrario en el campo de porcentaje de beneficios.

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido
N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente	Relación	% de beneficios
Fecha de nacimiento		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido
N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente	Relación	% de beneficios
Fecha de nacimiento		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Sección 5: Beneficiario del seguro de vida (continuación)

Beneficiario secundario: Los fondos recaudados se pagarán a un beneficiario secundario solamente si ningún beneficiario principal sobrevive al asegurado.

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	
N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente	Relación	% de beneficios	Fecha de nacimiento
Dirección			
Ciudad	Estado		Código postal

Si el beneficiario es una entidad fiduciaria o una corporación, brinde el nombre y la fecha del acuerdo de fideicomiso y el estado donde se estableció la entidad.

Nombre de la entidad fiduciaria/corporación	Fecha del acuerdo de fideicomiso	Estado donde se estableció la entidad
---	----------------------------------	---------------------------------------

LEYES DE PROPIEDAD COMUNAL: Si usted está casado o tiene un acuerdo de convivencia en pareja, vive en un estado de propiedad comunal (Arizona, California, Idaho, Luisiana, Nevada, Nuevo México, Texas, Washington o Wisconsin) y nombra como beneficiario a una persona que no es su cónyuge/pareja doméstica, es posible que el pago de los beneficios se demore o se dispute, a menos que su cónyuge/pareja doméstica también firme la designación del beneficiario.

Acepto la o las designaciones de beneficiarios indicadas arriba.

Nombre del cónyuge/pareja doméstica en letra de imprenta: _____

Firma del cónyuge/pareja doméstica: _____ Fecha: _____

Sección 6. Autorización

La siguiente sección de autorización debe estar firmada por todos los empleados que pidan cobertura con Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield Life").

Esta inscripción no se puede procesar sin su autorización firmada.

Acepto que: Toda la información que he brindado en este formulario es correcta y verdadera hasta donde yo sé. Entiendo que es la base sobre la cual puede emitirse la cobertura del plan. Entiendo que, si he cometido fraude o he falseado intencionalmente cualquier hecho fundamental en relación con esta solicitud, es posible que Blue Shield of California/Blue Shield Life tome alguna de las siguientes decisiones dentro de los primeros 24 meses de cobertura: que mi cobertura se cancele o que se anule mi cobertura después de enviarme un aviso 30 días antes. Entiendo que la cobertura no empezará hasta que esta solicitud y la de mi empleador hayan sido aprobadas por Blue Shield of California/Blue Shield Life.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Nombre del empleado en letra de imprenta _____

Además, autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución exigida (si la hubiera) para el costo de este plan.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Nombre del empleado en letra de imprenta _____

Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

Revelación de la información personal y sobre la salud

En Blue Shield of California/Blue Shield Life, entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información personal y nos tomamos muy en serio nuestra obligación de proteger esa información. La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información personal sin importar el formato en el que esté (en papel, electrónico u oral). Esta declaración se aplica a la información personal que Blue Shield obtiene, crea y/o guarda sobre usted y sus dependientes cubiertos.

Al administrar su cobertura de Blue Shield, recopilamos, usamos y revelamos información sobre usted y sus dependientes cubiertos, y creamos registros sobre usted, sus tratamientos médicos y los servicios que le brindamos. La información de estos registros se llama información protegida sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés) e incluye información personal que lo identifica individualmente, como su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguro Social, además de información relacionada con su salud, como diagnósticos médicos o información sobre reclamaciones.

Obtenemos la PHI sobre usted y/o sus dependientes cubiertos por medio de usted, según lo que usted nos indica y/o con su permiso. Además, obtenemos su PHI de otras fuentes según nos deje la ley; por ejemplo, de su proveedor de atención de la salud, una aseguradora, una organización de apoyo en materia de seguros, una organización de intercambio de información de la salud, un plan de salud o un agente de seguros. Usamos y revelamos su PHI para administrar su cobertura de Blue Shield y según nos deje o nos exija de otra manera la ley. Al hacerlo, podemos revelar su PHI a otros; por ejemplo, a un proveedor de atención de la salud, una aseguradora, una organización de apoyo en materia de seguros, un mercado de seguros de salud, un plan de salud o su agente de seguros.

Blue Shield tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") que describe sus derechos de privacidad, nuestra obligación de proteger su privacidad, y cómo usamos su PHI con y sin su autorización específica. Cuando usamos o revelamos su PHI, estamos sujetos a los términos del Aviso, que se aplica a todos los registros que creamos, obtenemos y/o conservamos que contengan su PHI. Usted recibirá nuestro Aviso cuando se inscriba en la cobertura de seguro de Blue Shield. También puede obtener una copia de nuestro Aviso llamando al número de servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visitando nuestro sitio web en blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/confidentiality.sp.

Además, autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución exigida (si la hubiera) para el costo de este plan.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Nombre del empleado en letra de imprenta _____

La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud exijan o usen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.**Declaración del agente/corredor de seguros**

Declaración del agente/corredor de seguros que brinda ayuda para presentar esta solicitud: (1) Hasta donde yo sé, la información de la solicitud está completa y es correcta; y (2) le he explicado al solicitante, de manera fácil de entender, el riesgo que supone para el solicitante brindar información incorrecta, y el solicitante entendió la explicación.

Firma del agente/corredor de seguros _____ Fecha _____

Si un agente o corredor de seguros intencionalmente declara como verdadero cualquier hecho fundamental que sabe que es falso, esa persona estará sujeta a una multa civil de hasta diez mil dólares (\$10,000), además de cualquier sanción o determinación disponible que corresponda de acuerdo con la ley actual. Cualquier fiscal puede presentar un proceso civil para imponer una multa civil. Estas sanciones se deben pagar al Insurance Fund (Fondo del Seguro).



NOTICES AVAILABLE ONLINE

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。