



Solicitud de Inscripción del Empleado para los Planes de Salud

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:

<input type="checkbox"/> Contratación nueva	<input type="checkbox"/> Fecha de la pérdida de cobertura _____	<input type="checkbox"/> Inscripción tardía
<input type="checkbox"/> Fecha de recontractación _____	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> 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

Seguro dental y de la vista: Un empleado puede inscribirse en un plan dental y/o de la vista 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.

Sección 2: Planes. Elija 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):

<input type="checkbox"/> Active Choice® Plus _____	<input type="checkbox"/> Active Choice® Classic _____	<input type="checkbox"/> Access+ HMO® _____
<input type="checkbox"/> Access+ HMO® SaveNet SM _____	<input type="checkbox"/> Local Access+ HMO® _____	<input type="checkbox"/> Trio HMO _____
<input type="checkbox"/> Added Advantage POS SM _____	<input type="checkbox"/> Full PPO _____	<input type="checkbox"/> Full PPO Savings [†] _____
<input type="checkbox"/> Full EPO _____	<input type="checkbox"/> Tandem PPO _____	<input type="checkbox"/> Virtual Blue SM _____
<input type="checkbox"/> Tandem EPO _____	<input type="checkbox"/> Blue Shield 65 Plus SM (HMO) _____	<input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings [†] _____

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

Active Choice® Plus: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Full PPO Savings [†] : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> LPFSA [†]
Active Choice® Classic: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Full EPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Access+ HMO®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Access+ HMO® SaveNet SM : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Virtual Blue SM : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Local Access+ HMO®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem PPO Savings [†] : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> LPFSA [†]
Trio HMO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem EPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Full PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Blue Shield 65 Plus SM (HMO): <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA

Beneficios especializados: Dental PPO _____ 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

Número de Seguro Social	Nombre del empleador (grupo)		
Apellido	Primer nombre		Inicial del 2.º nombre
Situación de trabajo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado	Fecha de contratación: _____	Puesto/clasificación en el trabajo	

Dirección del hogar (calle, ciudad, estado, código postal)

Dirección postal (si es distinta de la dirección del hogar)

Número de teléfono celular	Número de teléfono fijo	Dirección electrónica (obligatoria 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 beneficiarnos a mí y a mis dependientes, incluso por teléfono o por mensaje de 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 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.**

Cuéntenos sobre usted. ¿Cómo describiría su raza o grupo étnico? Estas preguntas son opcionales y solo se usan para ayudar a garantizar que todos los miembros tengan el mismo acceso a la atención de la más alta calidad.

1. ¿Es usted de origen hispano o latino?	2. Si contesta "Sí", elija una opción:	3. ¿Con qué raza(s) se identifica? (elija una)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoestadounidense o chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> 2 o más grupos étnicos <input type="checkbox"/> Otro grupo étnico hispano, latino o español:	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> 2 o más razas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar

Información de proveedores HMO: Sitio web del directorio de Blue Shield of California: 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor dental:	Número de proveedor dental:	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:

¿Todos sus dependientes son de la misma raza y grupo étnico que el suscriptor? Sí No
Si contesta "No", indique la raza y el grupo étnico para cada uno de sus dependientes.

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
¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?			
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Primer nombre e inicial del 2.º Apellido Número de Seguro Social Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Cobertura dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	Nombre del médico Nombre Apellido Número de proveedor Nombre del grupo médico/IPA Número del grupo médico/IPA ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor dental Nombre Apellido Número de proveedor dental ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preferencia para los mensajes <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel	Dirección electrónica (obligatoria para las comunicaciones electrónicas)		
Información del hijo dependiente 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
¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?			
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Primer nombre e inicial del 2.º Apellido Número de Seguro Social Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Cobertura dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	Nombre del médico Nombre Apellido Número de proveedor Nombre del grupo médico/IPA Número del grupo médico/IPA ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor dental Nombre Apellido Número de proveedor dental ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preferencia para los mensajes <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel	Dirección electrónica (obligatoria para las comunicaciones electrónicas)		

Información del hijo dependiente 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
¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?			
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Primer nombre e inicial del 2.º Apellido Número de Seguro Social Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Cobertura dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	Nombre del médico Nombre Apellido Número de proveedor Nombre del grupo médico/IPA Número del grupo médico/IPA ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor dental Nombre Apellido Número de proveedor dental ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Preferencia para los mensajes <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel	Dirección electrónica (obligatoria para las comunicaciones electrónicas)
---	---

Información del hijo dependiente 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
¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?			
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Primer nombre e inicial del 2.º Apellido Número de Seguro Social Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Cobertura dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	Nombre del médico Nombre Apellido Número de proveedor Nombre del grupo médico/IPA Número del grupo médico/IPA ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor dental Nombre Apellido Número de proveedor dental ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preferencia para los mensajes <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel	Dirección electrónica (obligatoria para las comunicaciones electrónicas)		

Sección 5: Información de Medicare

- ¿Están usted o alguno de sus dependientes cubiertos actualmente por Medicare? Sí No
 Si contesta "Sí", incluya una copia de su(s) tarjeta(s) de Medicare y/o indique aquí el tipo de cobertura:
 Parte A: Fecha de comienzo: _____ (mm/dd/aaaa)
 Parte B: Fecha de comienzo: _____ (mm/dd/aaaa)
- ¿Es elegible para Medicare debido a una enfermedad de riñones en etapa final (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No
 Si contesta "Sí", responda las siguientes preguntas:
 a) ¿Cuándo empezó el tratamiento de diálisis y qué tipo de diálisis recibe?
 Fecha _____
 Tipo: Hemodiálisis Autodiálisis (peritoneal)
 b) Si tuvo un trasplante de riñón, ¿cuándo se hizo el trasplante? _____ (mm/dd/aaaa)

Sección 6: Autorización

La siguiente sección de autorización debe estar firmada por **todos** los empleados que pidan la cobertura de 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 en este formulario aparezca lo siguiente: Toda persona que brinde deliberadamente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para presentar una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y al encarcelamiento 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 acerca de usted y de sus dependientes cubiertos.

Al administrar su cobertura de Blue Shield, recopilamos, usamos y revelamos información sobre usted y sus dependientes cubiertos, y creamos registros acerca de 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 acerca de 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, una organización de intercambio de información de la 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, debemos cumplir con los términos del Aviso, que se aplica a todos los registros que creamos, obtenemos y/o guardamos con 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.

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 tiene 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 multas 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)**。