

# Formulario de Inscripción para Empleados de Pequeñas Empresas

## Blue Shield of California y

## Blue Shield of California Life & Health Insurance Company



Fecha de comienzo: 1 de julio de 2020

Información del suscriptor. Nota: La información faltante puede demorar el procesamiento.

En la Sección 2 hay información adicional del suscriptor.

|                         |               |                        |
|-------------------------|---------------|------------------------|
| Apellido del suscriptor | Primer nombre | Inicial del 2.º nombre |
| Número de Seguro Social |               |                        |

**Motivo de la solicitud** (indique el motivo de su inscripción a continuación):

|                                                                                                                |                                                                                                                              |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inscripción de un grupo nuevo<br>Fecha de comienzo del grupo: _____                   | <input type="checkbox"/> Contratación nueva<br>Fecha de la contratación: _____                                               | <input type="checkbox"/> Recontratación<br>Fecha de la recontratación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Inscripción abierta<br>Fecha de renovación: _____                                     | <input type="checkbox"/> Inscripción en COBRA/Cal-COBRA                                                                      |                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/dependiente nuevo<br>Fecha del matrimonio, el nacimiento o la adopción: _____ | <input type="checkbox"/> Otra circunstancia habilitante (especifique): _____<br>Fecha de la circunstancia habilitante: _____ |                                                                              |

### Sección 1a: Selección del plan de salud. Elija un plan de salud del paquete que ofrece su empleador.

#### Blue Shield of California Off-Exchange Package for Small Business

##### Planes PPO: Red Full PPO

- ☐ Platinum Full PPO 0/0 OffEx
- ☐ Platinum Full PPO 0/10 OffEx
- ☐ Platinum Full PPO 250/15 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 0/20 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 500/30 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 750/30 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 1200/35 OffEx
- ☐ Silver Full PPO 1800/55 OffEx
- ☐ Silver Full PPO 2300/45 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 5000/70 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 6500/50 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 6850/65 OffEx

##### Planes HDHP compatibles con HSA: Red Full PPO

- ☐ Silver Full PPO Savings 2000/25% OffEx
- ☐ Silver Full PPO Savings 2500/35% OffEx
- ☐ Bronze Full PPO Savings 5300/40% OffEx
- ☐ Bronze Full PPO Savings 6900 OffEx

##### Planes HDHP compatibles con HSA: Red Tandem PPO

- ☐ Silver Tandem PPO Savings 2000/25% OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO Savings 2500/35% OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO Savings 5300/40% OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO Savings 6900 OffEx

##### Planes Tandem PPO: Red Tandem PPO

- ☐ Platinum Tandem PPO 0/0 OffEx
- ☐ Platinum Tandem PPO 0/10 OffEx
- ☐ Platinum Tandem PPO 250/15 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 0/20 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 500/30 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 750/30 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 1200/35 OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO 1800/55 OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO 2300/45 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 5000/70 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 6500/50 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 6850/65 OffEx

##### Planes Access+ HMO: Red Access+ HMO

- ☐ Platinum Access+ HMO® 0/20 OffEx
- ☐ Platinum Access+ HMO® 0/25 OffEx
- ☐ Platinum Access+ HMO® 0/30 OffEx
- ☐ Gold Access+ HMO® 0/30 OffEx
- ☐ Gold Access+ HMO® 500/35 OffEx
- ☐ Gold Access+ HMO® 1000/35 OffEx
- ☐ Gold Access+ HMO® 1500/35 OffEx
- ☐ Silver Access+ HMO® 2350/65 OffEx

##### Planes Local Access+ HMO: Red Local Access+ HMO

- ☐ Platinum Local Access+ HMO® 0/20 OffEx
- ☐ Platinum Local Access+ HMO® 0/25 OffEx
- ☐ Platinum Local Access+ HMO® 0/30 OffEx
- ☐ Gold Local Access+ HMO® 0/30 OffEx
- ☐ Gold Local Access+ HMO® 500/35 OffEx
- ☐ Gold Local Access+ HMO® 1000/35 OffEx
- ☐ Gold Local Access+ HMO® 1500/35 OffEx
- ☐ Silver Local Access+ HMO® 2350/65 OffEx

##### Planes Trio HMO: Red Trio ACO HMO

- ☐ Platinum Trio HMO 0/20 OffEx
- ☐ Platinum Trio HMO 0/25 OffEx
- ☐ Platinum Trio HMO 0/30 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 0/30 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 500/35 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 1000/35 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 1500/35 OffEx
- ☐ Silver Trio HMO 2350/65 OffEx

#### Blue Shield of California Mirror Package for Small Business

- ☐ Blue Shield Trio Platinum 90 HMO 0/15 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Trio Gold 80 HMO 250/25 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Gold 80 PPO 250/25 + Child Dental

- ☐ Blue Shield Trio Silver 70 HMO 2250/50 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Silver 70 PPO 2250/50 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Bronze 60 PPO 6300/65 + Child Dental

| Apellido del suscriptor | Primer nombre | Inicial del 2.º nombre | Número de Seguro Social |
|-------------------------|---------------|------------------------|-------------------------|
|-------------------------|---------------|------------------------|-------------------------|

## Sección 1b: Beneficios especializados. Selección de planes dentales,\* de la vista\* y de seguro de vida\*

\* Solo se pueden seleccionar beneficios que ofrezca el grupo de su empleador. Si selecciona beneficios que el grupo de su empleador no ofrece, no se incluirán en su inscripción.

**Elija uno o más planes especializados del paquete que ofrece su empleador.**

### Sección SB1: Beneficios dentales

#### Planes Dental HMO

☐ DHMO Basic ☐ DHMO Standard ☐ DHMO Plus ☐ DHMO Deluxe ☐ DHMO Voluntary

#### Planes Dental PPO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Value 50/1500/No Ortho/MAC/NR<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> 50/1500/No Ortho/MAC/NR<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus 50/1500/Ortho/MAC/NR<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic 75/1000/No Ortho/MAC/NR<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic 50/1000/No Ortho/MAC<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic 50/1000/Ortho/U85<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus 50/1500/No Ortho/MAC<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus 50/1500/No Ortho/MAC/WP*<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Deluxe 50/1500/Ortho/MAC/NR<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Deluxe 2000 50/2000/No Ortho/MAC/NR<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Deluxe Plus 2000 50/2000/Ortho/MAC/NR<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Deluxe Gold 50/1500/Ortho/U85/NR<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus Gold 50/1500/Ortho/U85/NR | <input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus Gold 50/1500/Ortho/U80<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus Gold 50/1500/No Ortho/U80<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus Gold 50/1500/Ortho/U80/ADV<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus Gold 50/1500/Ortho/U90/ADV<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus Gold 50/1500/No Ortho/U90/ADV<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus Gold 50/2500/Ortho/U90/ADV<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus Gold 50/2500/No Ortho/U90/ADV<br><input type="checkbox"/> Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/MAC/NR<br><input type="checkbox"/> Ultimate Dental Plus PPO for Small Business 50/2000/MAC/NR<br><input type="checkbox"/> Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/No Ortho/U80<br><input type="checkbox"/> Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/Lifetime Ortho/U90<br><input type="checkbox"/> Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/No Ortho/U90 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Planes Dental PPO voluntarios\*

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC/NR<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic Voluntary 50/1000/No Ortho/MAC | <input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic Voluntary 50/1500/Ortho/U80<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic Voluntary 50/1000/No Ortho/U80 (sin espera)† |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Planes Dental In-Network Only (INO)\* (disponibles solamente para los grupos inscritos en estos planes antes del 31 de diciembre de 2018)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> INO Dental Plan 50/1500/Endo-Perio 80%/Ortho<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> INO Dental Plan 50/1500/Endo-Perio 80%/No Ortho<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> INO Dental Voluntary Plan 50/1500/Endo-Perio 50%/Ortho*<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> INO Dental Voluntary Plan 50/1500/Endo-Perio 50%/No Ortho* | <input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> INO Dental Plan 50/2500/Endo-Perio 80%/Ortho<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> INO Dental Plan 50/2500/Endo-Perio 80%/No Ortho<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> INO Dental Voluntary Plan 50/2500/Endo-Perio 50%/Ortho*<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> INO Dental Voluntary Plan 50/2500/Endo-Perio 50%/No Ortho* |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Planes Dental PPO (disponibles solamente para los grupos inscritos en estos planes antes del 31 de diciembre de 2018)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/MAC<br><input type="checkbox"/> Ultimate Dental Plus PPO for Small Business 50/2000/MAC<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Deluxe 2000 50/2000/No Ortho/MAC<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Deluxe Plus 2000 50/2000/Ortho/MAC<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Deluxe 50/1500/Ortho/MAC<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Deluxe Gold 50/1500/Ortho/U85 | <input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> 50/1500/No Ortho/MAC<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus 50/1500/Ortho/MAC<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Value 50/1500/No Ortho/MAC<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus Gold 50/1500/Ortho/U85<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic 75/1000/No Ortho/MAC<br><input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

\* Los planes dentales voluntarios exigen la inscripción de un (1) empleado elegible como mínimo.

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

‡ Para este plan voluntario, no hay períodos de espera ni es necesario presentar una prueba de cobertura anterior.

Los planes con la abreviatura ADV (del inglés "advantage" [ventaja]) alientan a los miembros a usar proveedores de la red.

NR significa que el saldo no se acumula (por las siglas en inglés de "No Rollover").

### Sección SB2: Cobertura de la vista

#### Cobertura de la vista\*

##### Ultimate Vision for Small Business (12-12-12)

☐ Ultimate Vision Plus 0/0/150/120  
☐ Ultimate Vision 0/0/150  
☐ Ultimate Vision Plus 10/25/150/120  
☐ Ultimate Vision 10/25/150  
☐ Ultimate Vision 0/0/120  
☐ Ultimate Vision 10/25/120  
☐ Ultimate Vision Voluntary 10/25/150<sup>1</sup>

##### Preferred Vision for Small Business (12-12-24)

☐ Preferred Vision Plus 0/0/150/120  
☐ Preferred Vision 0/0/150  
☐ Preferred Vision Plus 10/25/150/120  
☐ Preferred Vision 10/25/150  
☐ Preferred Vision 0/0/120  
☐ Preferred Vision 10/25/120  
☐ Preferred Vision Voluntary 10/25/120<sup>1</sup>

##### Basic Vision for Small Business (12-24-24)

☐ Basic Vision Plus 0/0/150/120  
☐ Basic Vision 0/0/150  
☐ Basic Vision Plus 10/25/150/120  
☐ Basic Vision 10/25/150  
☐ Basic Vision 0/0/120  
☐ Basic Vision 10/25/120  
☐ Basic Vision Voluntary 10/25/120<sup>1</sup>

☐ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup> Los planes de la vista voluntarios exigen la inscripción de un (1) empleado elegible como mínimo.

Sección SB3: Seguro de vida/por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés)

Seguro de vida grupal temporal\* (Nota: Complete esta sección si el grupo ofrece Blue Shield Life y se solicita seguro de vida).

Información del empleado

|                                   |                                         |                          |                         |                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de empleo a tiempo completo | Promedio de horas trabajadas por semana | Fecha de recontractación | Clase laboral/ocupación | Ingresos \$ _____<br>(sin incluir horas extras, bonificaciones, etc.)<br><input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Designación del beneficiario

**Leyes de propiedad comunal:** Si usted está casado o forma parte de 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 sea su cónyuge/pareja conviviente, es posible que el pago de los beneficios sufra una demora o una disputa a menos que su cónyuge/pareja conviviente también firme la designación del beneficiario.

Acepto la o las designaciones de beneficiarios indicadas.

|                                       |        |
|---------------------------------------|--------|
| Firma del cónyuge/pareja conviviente: | Fecha: |
|---------------------------------------|--------|

Nombre del cónyuge/pareja conviviente (en letra de imprenta)

**Beneficiario principal:** Blue Shield Life pagará los beneficios de seguro de vida al beneficiario principal o a los beneficiarios principales identificados. Un empleado puede designar más de un beneficiario principal. Indique los porcentajes para cada beneficiario principal en la columna “% de beneficios” para totalizar el 100% de los beneficios. Si no se define el porcentaje, los beneficios se distribuirán equitativamente entre aquellos beneficiarios principales que sobrevivan al empleado. Para designar más de dos beneficiarios principales, indíquelo en otra hoja de papel, que debe estar firmada y fechada por el empleado, y adjúntela a este formulario.

|               |                        |          |                         |          |                     |                 |
|---------------|------------------------|----------|-------------------------|----------|---------------------|-----------------|
| Primer nombre | Inicial del 2.º nombre | Apellido | Número de Seguro Social | Relación | Fecha de nacimiento | % de beneficios |
| Dirección     |                        |          | Ciudad                  | Estado   | Código postal       |                 |
| Primer nombre | Inicial del 2.º nombre | Apellido | Número de Seguro Social | Relación | Fecha de nacimiento | % de beneficios |
| Dirección     |                        |          | Ciudad                  | Estado   | Código postal       |                 |

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

|               |                        |          |                         |          |                     |                 |
|---------------|------------------------|----------|-------------------------|----------|---------------------|-----------------|
| Primer nombre | Inicial del 2.º nombre | Apellido | Número de Seguro Social | Relación | Fecha de nacimiento | % de beneficios |
| Dirección     |                        |          | Ciudad                  | Estado   | Código postal       |                 |

Información sobre las cantidades de beneficios

**Comuníquese con su administrador de beneficios para obtener más información sobre su cobertura de seguro de vida grupal.** La cobertura otorgada a las personas indicadas en este formulario de inscripción estará sujeta a todas las disposiciones y limitaciones especificadas en la póliza de seguro de vida grupal de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

|                                                                  |                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cantidad de dependientes elegibles:                              | Seguro de vida básico para dependientes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cantidad del seguro de vida básico y por AD&D para empleados: \$ | Cantidad de la cobertura solicitada para dependiente(s): \$                                      |

\* Asegurado por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).  
A46897-SP

| Apellido del suscriptor | Primer nombre | Inicial del 2.º nombre | Número de Seguro Social |
|-------------------------|---------------|------------------------|-------------------------|
|-------------------------|---------------|------------------------|-------------------------|

## Sección 2a: Información del suscriptor

**Nota: De acuerdo con las pautas de los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid), se deben brindar los números de Seguro Social.**

|                                                                 |                                |                                                                                                                                                                                                   |        |                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------|--|
| Número de Seguro Social                                         |                                | Nombre del empleador (grupo)                                                                                                                                                                      |        | Identificación del grupo de Blue Shield |  |
| Apellido                                                        |                                | Primer nombre                                                                                                                                                                                     |        | Inicial del 2.º nombre                  |  |
| Dirección particular (física) (no se aceptan casillas postales) |                                | Ciudad                                                                                                                                                                                            | Estado | Código postal                           |  |
| Dirección postal (si es distinta de la dirección particular)    |                                | Ciudad                                                                                                                                                                                            | Estado | Código postal                           |  |
| Número de teléfono laboral:                                     | Número de teléfono particular: | Preferencia de idioma:<br><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____ |        |                                         |  |

### Dirección electrónica (obligatoria)

Si brinda su dirección de correo electrónico, tendrá acceso automáticamente a [blueshieldca.com](https://blueshieldca.com) y dejará de recibir mensajes impresos. Puede cambiar sus preferencias en cualquier momento en su cuenta electrónica.

### Fecha de nacimiento:

**Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino **Estado civil:** ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja conviviente

¿Tiene algún hijo dependiente elegible menor de 26 años? ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos se inscriben? \_\_\_\_\_

Cuéntenos sobre usted. ¿Cómo describiría su raza u origen 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?<br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sé<br><input type="checkbox"/> Me niego a responder | 2. Si responde "Sí", elija una opción:<br><input type="checkbox"/> Cubano<br><input type="checkbox"/> Guatemalteco<br><input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano-estadounidense, chicano<br><input type="checkbox"/> Puertorriqueño<br><input type="checkbox"/> Salvadoreño<br><input type="checkbox"/> 2 o más etnias<br><input type="checkbox"/> Otra etnia hispana, latina o española: _____ | 3. ¿Con qué raza/s se identifica? (elija una)<br><input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Indio asiático<br><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Camboyano<br><input type="checkbox"/> Chino<br><input type="checkbox"/> Filipino<br><input type="checkbox"/> Guameño o chamorro<br><input type="checkbox"/> Hmong<br><input type="checkbox"/> Japonés<br><input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Laosiano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái<br><input type="checkbox"/> Samoano<br><input type="checkbox"/> Vietnamita<br><input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> 2 o más razas<br><input type="checkbox"/> Otra<br><input type="checkbox"/> No sé<br><input type="checkbox"/> Me niego a responder |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Si hay dependientes aplicables incluidos en su solicitud, ¿son todos los dependientes de la misma raza y la misma etnia que las del solicitante principal? ☐ Sí ☐ No.  
 Si respondió "No", incluya la raza y la etnia de cada uno de sus dependientes en la Parte 4.

## Sección 2b: Información sobre el empleo

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Fecha de contratación:</b> _____<br>(Tiempo completo o tiempo parcial según lo indicado a continuación. Si se aplica un período de orientación, la fecha de contratación será el primer día después de la finalización del período de orientación). | <b>Puesto laboral:</b> _____<br><b>Clasificación laboral:</b> _____ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

### Situación laboral (elija una opción)

Soy un empleado de tiempo completo que trabaja de forma activa 30 horas o más por semana para este empleador. ☐ Sí ☐ No  
 Soy un empleado de tiempo parcial que trabaja de forma activa entre 20 y 29 horas por semana para este empleador. ☐ Sí ☐ No  
 Soy participante de COBRA actualmente o me inscribo debido a una circunstancia habilitante de COBRA. ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", complete la Sección 7 (obligatoria).

## Sección 3: Asignación del médico de atención primaria de HMO/proveedor de Dental HMO

Esta sección solo es obligatoria si eligió un plan HMO. Si eligió un plan PPO, siga con la Sección 4.

### Selección del médico de atención primaria del plan HMO

¿Desea que Blue Shield designe un médico de atención primaria que esté cerca de su casa o lugar de trabajo para usted y sus dependientes?  
☐ Sí, deseo que Blue Shield designe un médico de atención primaria y/o un proveedor dental HMO para mí y mis dependientes.  
☐ No, deseo pedir un médico de atención primaria y/o un proveedor dental HMO específicos para mí y mis dependientes (especifique a continuación).

\* Nota: Si Blue Shield no puede asignar el médico de atención primaria y/o el proveedor de Dental HMO que usted pidió, Blue Shield designará un proveedor. Para cambiar los médicos de atención primaria de HMO, visite [blueshieldca.com](https://blueshieldca.com) después de la inscripción.

|                                               |                     |                             |                                                                              |
|-----------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del médico de atención primaria de HMO | Número de proveedor | Nombre del grupo médico/IPA | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Nombre del proveedor de Dental HMO            | Número de proveedor | Nombre del grupo dental     | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| Apellido del suscriptor | Primer nombre | Inicial del 2.º nombre | Número de Seguro Social |
|-------------------------|---------------|------------------------|-------------------------|
|-------------------------|---------------|------------------------|-------------------------|

## Sección 4: Información de los dependientes

**Nota:** Si el empleado, cónyuge/pareja conviviente o hijo(s) dependiente(s) rechazan la cobertura de cualquier producto que ofrezca el grupo, el empleado debe completar y firmar el formulario de Rechazo de Cobertura Personal que está al final de esta solicitud en lugar de completar la siguiente sección. Blue Shield inscribirá a los dependientes en todos los planes en los que el empleado también esté inscrito o se inscriba, a menos que se indique lo contrario.

|                                                                                                                |                                                                                         |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de dependiente:</b><br><input type="checkbox"/> Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Pareja conviviente | <b>Sexo:</b><br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino | <b>Número de Seguro Social (obligatorio)</b> | <b>¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de Cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|               |                        |          |        |
|---------------|------------------------|----------|--------|
| Primer nombre | Inicial del 2.º nombre | Apellido | Sufijo |
|---------------|------------------------|----------|--------|

|                     |                                              |
|---------------------|----------------------------------------------|
| Fecha de nacimiento | Dirección (si no es igual a la del empleado) |
|---------------------|----------------------------------------------|

¿Con qué raza y etnia se identifica este dependiente? (si son distintas de las del suscriptor)

|                                               |                     |                  |                                                                              |
|-----------------------------------------------|---------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del médico de atención primaria de HMO | Número de proveedor | Nombre de la IPA | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------------------------|---------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------|

|                                    |                     |                         |                                                                              |
|------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del proveedor de Dental HMO | Número de proveedor | Nombre del grupo dental | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                          |                                                                                         |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de dependiente:</b><br><input type="checkbox"/> Hijo dependiente<br><input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal | <b>Sexo:</b><br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino | <b>Número de Seguro Social (obligatorio)</b> | <b>¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de Cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|               |                        |          |        |
|---------------|------------------------|----------|--------|
| Primer nombre | Inicial del 2.º nombre | Apellido | Sufijo |
|---------------|------------------------|----------|--------|

|                     |                                              |
|---------------------|----------------------------------------------|
| Fecha de nacimiento | Dirección (si no es igual a la del empleado) |
|---------------------|----------------------------------------------|

¿Con qué raza y etnia se identifica este dependiente? (si son distintas de las del suscriptor)

|                                               |                     |                  |                                                                              |
|-----------------------------------------------|---------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del médico de atención primaria de HMO | Número de proveedor | Nombre de la IPA | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------------------------|---------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------|

|                                    |                     |                         |                                                                              |
|------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del proveedor de Dental HMO | Número de proveedor | Nombre del grupo dental | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                          |                                                                                         |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de dependiente:</b><br><input type="checkbox"/> Hijo dependiente<br><input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal | <b>Sexo:</b><br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino | <b>Número de Seguro Social (obligatorio)</b> | <b>¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de Cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|               |                        |          |        |
|---------------|------------------------|----------|--------|
| Primer nombre | Inicial del 2.º nombre | Apellido | Sufijo |
|---------------|------------------------|----------|--------|

|                     |                                              |
|---------------------|----------------------------------------------|
| Fecha de nacimiento | Dirección (si no es igual a la del empleado) |
|---------------------|----------------------------------------------|

¿Con qué raza y etnia se identifica este dependiente? (si son distintas de las del suscriptor)

|                                               |                     |                  |                                                                              |
|-----------------------------------------------|---------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del médico de atención primaria de HMO | Número de proveedor | Nombre de la IPA | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------------------------|---------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------|

|                                    |                     |                         |                                                                              |
|------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del proveedor de Dental HMO | Número de proveedor | Nombre del grupo dental | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

| Apellido del suscriptor                                                                                                                  |  | Primer nombre                                                                           |  | Inicial del 2.º nombre                       |  | Número de Seguro Social                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Tipo de dependiente:</b><br><input type="checkbox"/> Hijo dependiente<br><input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal |  | <b>Sexo:</b><br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |  | <b>Número de Seguro Social (obligatorio)</b> |  | <b>¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de Cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| Primer nombre                                                                                                                            |  | Inicial del 2.º nombre                                                                  |  | Apellido                                     |  | Sufijo                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                                                      |  | Dirección (si no es igual a la del empleado)                                            |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| ¿Con qué raza y etnia se identifica este dependiente? (si son distintas de las del suscriptor)                                           |  |                                                                                         |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Nombre del médico de atención primaria de HMO                                                                                            |  |                                                                                         |  | Número de proveedor                          |  | Nombre de la IPA                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                              |  | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                     |  |
| Nombre del proveedor de Dental HMO                                                                                                       |  |                                                                                         |  | Número de proveedor                          |  | Nombre del grupo dental                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                              |  | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>Tipo de dependiente:</b><br><input type="checkbox"/> Hijo dependiente<br><input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal |  | <b>Sexo:</b><br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |  | <b>Número de Seguro Social (obligatorio)</b> |  | <b>¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de Cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| Primer nombre                                                                                                                            |  | Inicial del 2.º nombre                                                                  |  | Apellido                                     |  | Sufijo                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                                                      |  | Dirección (si no es igual a la del empleado)                                            |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| ¿Con qué raza y etnia se identifica este dependiente? (si son distintas de las del suscriptor)                                           |  |                                                                                         |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Nombre del médico de atención primaria de HMO                                                                                            |  |                                                                                         |  | Número de proveedor                          |  | Nombre de la IPA                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                              |  | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                     |  |
| Nombre del proveedor de Dental HMO                                                                                                       |  |                                                                                         |  | Número de proveedor                          |  | Nombre del grupo dental                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                              |  | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>Tipo de dependiente:</b><br><input type="checkbox"/> Hijo dependiente<br><input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal |  | <b>Sexo:</b><br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |  | <b>Número de Seguro Social (obligatorio)</b> |  | <b>¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de Cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| Primer nombre                                                                                                                            |  | Inicial del 2.º nombre                                                                  |  | Apellido                                     |  | Sufijo                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                                                      |  | Dirección (si no es igual a la del empleado)                                            |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| ¿Con qué raza y etnia se identifica este dependiente? (si son distintas de las del suscriptor)                                           |  |                                                                                         |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Nombre del médico de atención primaria de HMO                                                                                            |  |                                                                                         |  | Número de proveedor                          |  | Nombre de la IPA                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                              |  | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                     |  |
| Nombre del proveedor de Dental HMO                                                                                                       |  |                                                                                         |  | Número de proveedor                          |  | Nombre del grupo dental                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                              |  | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>Tipo de dependiente:</b><br><input type="checkbox"/> Hijo dependiente<br><input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal |  | <b>Sexo:</b><br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |  | <b>Número de Seguro Social (obligatorio)</b> |  | <b>¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de Cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| Primer nombre                                                                                                                            |  | Inicial del 2.º nombre                                                                  |  | Apellido                                     |  | Sufijo                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                                                      |  | Dirección (si no es igual a la del empleado)                                            |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| ¿Con qué raza y etnia se identifica este dependiente? (si son distintas de las del suscriptor)                                           |  |                                                                                         |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Nombre del médico de atención primaria de HMO                                                                                            |  |                                                                                         |  | Número de proveedor                          |  | Nombre de la IPA                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                              |  | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                     |  |
| Nombre del proveedor de Dental HMO                                                                                                       |  |                                                                                         |  | Número de proveedor                          |  | Nombre del grupo dental                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                              |  | ¿Paciente actual?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                     |  |

| Apellido del suscriptor                                                                                                                  |  | Primer nombre                                                                           |  | Inicial del 2.º nombre                       |  | Número de Seguro Social                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Tipo de dependiente:</b><br><input type="checkbox"/> Hijo dependiente<br><input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal |  | <b>Sexo:</b><br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |  | <b>Número de Seguro Social (obligatorio)</b> |  | <b>¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de Cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| Primer nombre                                                                                                                            |  | Inicial del 2.º nombre                                                                  |  | Apellido                                     |  | Sufijo                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                                                      |  | Dirección (si no es igual a la del empleado)                                            |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| ¿Con qué raza y etnia se identifica este dependiente? (si son distintas de las del suscriptor)                                           |  |                                                                                         |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Nombre del médico de atención primaria de HMO                                                                                            |  |                                                                                         |  | Número de proveedor                          |  | Nombre de la IPA                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                              |  | ¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                        |  |
| Nombre del proveedor de Dental HMO                                                                                                       |  |                                                                                         |  | Número de proveedor                          |  | Nombre del grupo dental                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                              |  | ¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                        |  |
| <b>Tipo de dependiente:</b><br><input type="checkbox"/> Hijo dependiente<br><input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal |  | <b>Sexo:</b><br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |  | <b>Número de Seguro Social (obligatorio)</b> |  | <b>¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de Cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| Primer nombre                                                                                                                            |  | Inicial del 2.º nombre                                                                  |  | Apellido                                     |  | Sufijo                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                                                      |  | Dirección (si no es igual a la del empleado)                                            |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| ¿Con qué raza y etnia se identifica este dependiente? (si son distintas de las del suscriptor)                                           |  |                                                                                         |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Nombre del médico de atención primaria de HMO                                                                                            |  |                                                                                         |  | Número de proveedor                          |  | Nombre de la IPA                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                              |  | ¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                        |  |
| Nombre del proveedor de Dental HMO                                                                                                       |  |                                                                                         |  | Número de proveedor                          |  | Nombre del grupo dental                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                          |  |                                                                                         |  |                                              |  | ¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                        |  |

**Sección 5: Información relacionada con otro plan de salud.** Si se inscribe debido a la pérdida de cobertura de un plan de salud previo y/o a fin de recibir crédito para cualquier período de espera del empleador, debe presentar documentación para verificar la fecha de la circunstancia habilitante.

**¿Alguna de las personas que pide cobertura tiene actualmente cobertura de salud o tuvo cobertura de salud en algún momento durante los últimos seis (6) meses?**  
☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", especifique la aseguradora: \_\_\_\_\_

**Tipo de cobertura:** ☐ Grupal ☐ Individual ☐ Medicare ☐ Covered California/State Health Insurance Exchange (mercado estatal de seguros de salud)  
☐ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

N.º de póliza/identificación \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de la cobertura: \_\_\_\_\_  
 Fecha de finalización (si la cobertura está activa, deje el espacio en blanco): \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                      |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indique los nombres de todos los suscriptores y miembros dependientes que estén o hayan estado inscritos en la cobertura de salud que indicó arriba: | ¿Se adjuntó la documentación?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

**Sección 6: Información de Medicare**

¿Están usted o alguno de sus dependientes cubiertos actualmente por Medicare? ☐ Sí ☐ No

Adjunte 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 insuficiencia renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es "Sí", conteste las siguientes preguntas:

a) ¿Cuándo empezó el tratamiento de diálisis y qué tipo de diálisis recibe? Fecha \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

Tipo: ☐ Hemodiálisis ☐ Autodiálisis (peritoneal)

b) Si ha tenido un trasplante de riñón, ¿cuándo se hizo el trasplante? \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)



| Apellido del suscriptor | Primer nombre | Inicial del 2.º nombre | Número de Seguro Social |
|-------------------------|---------------|------------------------|-------------------------|
|-------------------------|---------------|------------------------|-------------------------|

## Sección 7: Continuación de la cobertura grupal de COBRA/Cal-COBRA

Complete esta sección solo si se inscribe para la continuación de la cobertura grupal de COBRA o Cal-COBRA. Las personas que ya estén inscritas en la cobertura de COBRA o Cal-COBRA de una aseguradora anterior son elegibles para continuar esa cobertura con Blue Shield durante el resto del plazo permitido a través de COBRA y/o Cal-COBRA (según corresponda). Se debe presentar una constancia de inscripción como participante de COBRA/Cal-COBRA.

Indique el nombre del empleado mediante el cual se obtuvo la cobertura grupal antes de la circunstancia habilitante, a fin de poder ser elegible para la continuación de la cobertura de COBRA/Cal-COBRA.

| Apellido del empleado                                                  | Primer nombre del empleado                     | Inicial del 2.º nombre |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
| Identificación de Blue Shield del empleado/suscriptor (si corresponde) | Fecha de la circunstancia habilitante original |                        |

### Motivo de la circunstancia habilitante:

- |                                                                                           |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cese del empleo o reducción de horas (último día trabajado)      | <input type="checkbox"/> Alcance de la edad máxima por parte de un hijo dependiente |
| <input type="checkbox"/> Cese del empleo o reducción de horas por discapacidad            | <input type="checkbox"/> Muerte del empleado cubierto                               |
| <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal                                      | <input type="checkbox"/> Fin del acuerdo de convivencia en pareja                   |
| <input type="checkbox"/> Derecho a beneficios de Medicare por parte del empleado cubierto |                                                                                     |

## Sección 8: Revelación de la información personal y sobre la salud

En Blue Shield of California, entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información personal y tomamos con seriedad nuestra obligación de proteger esa información. Blue Shield protege la privacidad y la seguridad de la información personal que mantenemos, usamos y revelamos para administrar su cobertura de Blue Shield.

Blue Shield obtiene la información personal sobre usted y/o sus dependientes cubiertos, incluida la información financiera y/o sobre la salud, de usted, según sus indicaciones y/o con su permiso. Además, la ley federal y estatal nos deja obtener su información personal de otras fuentes; por ejemplo, de su proveedor de atención de la salud, aseguradora, organización de apoyo en materia de seguros, plan de salud o agente de seguros. Usamos y revelamos su información personal para administrar su cobertura de Blue Shield, y según lo permita o lo exija de otro modo la ley. En consecuencia, podemos revelar su información personal a terceros; por ejemplo, a un proveedor de atención de la salud, una aseguradora, una organización de apoyo en materia de seguros, un plan de salud o su agente de seguros. Blue Shield no revelará su información personal sin su autorización, salvo en la medida en que la ley lo permita o lo exija.

Blue Shield debe brindarle un Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") que describa sus derechos de privacidad, nuestras obligaciones de proteger su privacidad, y cómo usamos y revelamos su información personal con y sin su autorización específica. Cuando usamos o revelamos su información personal, estamos sujetos a los términos del Aviso, que se aplica a todos los registros que creamos, obtenemos y/o mantenemos que contienen su información personal. Usted recibirá nuestro Aviso cuando se inscriba para la cobertura 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/documents/about-blue-shield/privacy](https://blueshieldca.com/bsca/documents/about-blue-shield/privacy).

## Reconocimiento y firma

**Reconozco y acepto lo siguiente:** Toda la información que he brindado en este formulario de inscripción es correcta y verdadera hasta donde yo sé. Entiendo que constituye la base sobre la cual puede emitirse la cobertura del plan. Entiendo que, si he cometido fraude o he tergiversado intencionalmente cualquier hecho fundamental en relación con esta inscripción dentro de los 24 meses siguientes a la emisión de la cobertura, es posible que Blue Shield tome alguna de las siguientes determinaciones: que se cancele la cobertura, que se cambien las primas correspondientes o que, previo aviso, se anule la cobertura. Asimismo, autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución (si la hubiera) exigida como aporte para el costo de este plan.

Entiendo que la cobertura no empezará hasta que esta solicitud y la de mi empleador hayan sido aprobadas por Blue Shield of California.

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| <b>Firma del empleado</b> | <b>Fecha</b> |
|---------------------------|--------------|

**Nombre del empleado en letra de imprenta**

**Todas las páginas de este formulario son necesarias para procesar su inscripción.  
La información faltante puede demorar el procesamiento.  
Para planes existentes de Blue Shield, visite [blueshieldca.com](https://blueshieldca.com).**



## Formulario de Rechazo de Cobertura

Complete este formulario si usted, su cónyuge, pareja conviviente o hijo(s) dependiente(s) rechazan esta cobertura de salud, dental, de la vista y/o de seguro de vida grupal que ofrece el empleador. (El empleador debe guardar una copia de este formulario para entregársela a Blue Shield cuando se la pida). Complete a máquina o en letra de imprenta. Use tinta negra.  
**\*Nota: Se debe brindar el número de Seguro Social del empleado para todos los empleados elegibles.**

|                                                                                                                                                           |                         |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Nombre del empleado                                                                                                                                       | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento  |
| Nombre del empleador (grupo)                                                                                                                              | Fecha de contratación   | Estado de residencia |
| Estado civil Casado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Pareja conviviente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Puesto laboral          |                      |

¿Es el empleado un empleado de tiempo completo que trabaja, al menos, 30 horas por semana para este empleador? ☐ Sí ☐ No

¿Es el empleado un empleado de tiempo parcial que trabaja, al menos, 20 horas por semana para este empleador? ☐ Sí ☐ No

### Renuncia a la cobertura:

Renuncio a la cobertura del plan de salud para:

- ☐ Para mí y todos mis dependientes  
☐ Mi cónyuge/pareja conviviente solamente  
☐ Mis hijos solamente  
☐ Mi cónyuge/pareja conviviente y mis hijos solamente  
☐ Los siguientes dependientes solamente:

\_\_\_\_\_

Si se ofrece un plan dental, renuncio a esa cobertura para:

- ☐ Para mí y todos mis dependientes  
☐ Mi cónyuge/pareja conviviente  
☐ Mis hijos  
☐ Mi cónyuge/pareja conviviente y mis hijos  
☐ Los siguientes dependientes solamente:

\_\_\_\_\_

Si se ofrece un plan de la vista, renuncio a esa cobertura para:

- ☐ Para mí y todos mis dependientes  
☐ Mi cónyuge/pareja conviviente  
☐ Mis hijos  
☐ Mi cónyuge/pareja conviviente y mis hijos  
☐ Los siguientes dependientes solamente:

\_\_\_\_\_

Si se ofrece un plan de seguro de vida, renuncio a esa cobertura para:

- ☐ Para mí

### Razón por la que renuncia a la cobertura

#### COBERTURA DE SALUD QUE OFRECE OTRO EMPLEADOR

- ☐ Se inscribe como dependiente o como empleado en este plan de salud grupal  
☐ Está cubierto por otro plan de salud que ofrece este empleador (a través de otra aseguradora)  
☐ Está cubierto por un plan de salud que ofrece otro empleador (p. ej., por medio de su cónyuge/pareja conviviente)  
Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_  
N.º de identificación \_\_\_\_\_  
☐ Está cubierto por TRICARE

#### COBERTURA DE SALUD QUE NO OFRECE UN EMPLEADOR

- ☐ Está cubierto por un plan de salud individual  
Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_  
N.º de identificación \_\_\_\_\_  
☐ Está cubierto por Covered California u otro mercado estatal de seguros de salud  
☐ Está cubierto por Medicare, Medi-Cal o el Healthy Families Program  
☐ Otro \_\_\_\_\_

#### OTRA COBERTURA DENTAL

- ☐ Se inscribe como dependiente o como empleado en este plan dental grupal  
☐ Está cubierto por un plan dental que ofrece otro empleador (p. ej., por medio de su cónyuge/pareja conviviente)  
Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_  
N.º de identificación \_\_\_\_\_  
☐ Otro \_\_\_\_\_

#### OTRA COBERTURA DE LA VISTA

- ☐ Se inscribe como dependiente o como empleado en este plan de la vista grupal  
☐ Está cubierto por un plan de la vista que ofrece otro empleador (p. ej., por medio de su cónyuge/pareja conviviente)  
Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_  
N.º de identificación \_\_\_\_\_  
☐ Otro \_\_\_\_\_

#### OTRA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA

- ☐ Está cubierto por una cobertura de seguro de vida que ofrece otro empleador (p. ej., por medio de su cónyuge/pareja conviviente)  
Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_  
N.º de identificación \_\_\_\_\_  
☐ Otro \_\_\_\_\_

Declaro que mi empleador me ha explicado qué cobertura se encuentra a mi disposición y sé que tengo pleno derecho a inscribirme en esta cobertura, y he decidido no inscribirme y/o no inscribir a mi(s) dependiente(s), si los hubiera. En este momento, renuncio a inscribirme, así como a inscribir a mi cónyuge/pareja conviviente y/o a mi(s) hijo(s) dependiente(s) en el plan de salud grupal que ofrece mi empleador. He tomado esta decisión de forma voluntaria, y nadie ha tratado de influir en ella ni me ha presionado para que renuncie a la cobertura.

Si renuncio a inscribirme o inscribir a mis dependientes porque tengo otra cobertura de salud o porque el empleador dejará de aportar en esta cobertura, acepto que puedo inscribirme e inscribir a mis dependientes en este plan si lo pido en el curso de los 60 días siguientes a la finalización de mi otra cobertura o la de mis dependientes, o bien después de que el empleador deje de aportar en la otra cobertura.

Asimismo, si incorporo a un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio o acuerdo de convivencia en pareja, nacimiento, adopción o acogida con fines adoptivos, acepto que tanto yo como mis dependientes podemos pedir la inscripción en el plan de salud de mi empleador si pedimos esa cobertura en el curso de los 60 días siguientes al matrimonio o acuerdo de convivencia en pareja, nacimiento, adopción o acogida con fines adoptivos. También acepto que, cuando mis dependientes o yo seamos elegibles para inscribirnos en los programas de ayuda en el pago de las primas Healthy Families o Medi-Cal, mis dependientes o yo podremos pedir la inscripción en el plan de salud de mi empleador si pedimos esa cobertura en el curso de los 60 días siguientes a haber recibido el aviso de elegibilidad para participar en esos programas de ayuda en el pago de las primas.

Si he indicado anteriormente que la razón por la que renuncio a la cobertura para mí o para mi(s) dependiente(s) es la existencia de una cobertura de un plan de beneficios de salud de otro empleador, acepto que, si mi(s) dependiente(s) o yo involuntariamente perdemos la cobertura del plan de beneficios de salud del otro empleador, debo pedir la inscripción para mí y/o para mi(s) dependiente(s) en el plan de beneficios de salud de mi empleador en el curso de los 60 días siguientes. De lo contrario, entiendo que quizá no pueda inscribirme ni inscribir a mis dependientes en el plan de salud de mi empleador hasta el final del siguiente período de inscripción abierta de mi empleador o hasta que hayan transcurrido 12 meses; entre ambas opciones, la que ocurra primero.

Firma del empleado

Fecha

Nombre en letra de imprenta

# Blue Shield of California

## Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

### La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California cumple con las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede hacer un reclamo en:

Blue Shield of California  
Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 629007  
El Dorado Hills, CA 95762-9007

**Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)**

**Fax: (844) 696-6070**

**Correo electrónico: [BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com](mailto:BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com)**

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición. También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de dicha oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

# Notice of the Availability of Language Assistance Services

## Blue Shield of California

**IMPORTANT:** Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

**IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

**重要通知：** 您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

**QUAN TRỌNG:** Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

**MAHALAGA:** Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

**Baa' ákohwiindzindooígí:** Díí naaltsoosish yíiniłta'go bíníghah? Doo bíníghahgóó éí, naaltsoos nich'í' yíidóolta'hígíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoólnííł nínízingo bíghah. Doo baah ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodílnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího'dílníngí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jì' hodílnih. (Navajo)

**중요:** 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

**ԿԱՐԵՎՈՐ Է.** Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Ծառայությունն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

**ВАЖНО:** Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

**重要：** お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。 (Japanese)

**مهم:** آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیاراتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسایی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید. (Persian)

**ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

**ប្រការសំខាន់៖** តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដែរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឱ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្ទង់ប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

**المهم:** هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 346-7198. (Arabic)

**TSEEM CEEB:** Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntawv no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kias rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntawm koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198. (Hmong)

**สำคัญ:** คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้  
คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย  
โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร  
(866) 346-7198 (Thai)

**महत्वपूर्ण:** क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मँबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

**ສິ່ງສຳຄັນ:** ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຟັງໄດ້.  
ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ  
ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ,  
ຫຼືໂທໄປຫາເບີ(866) 346-7198. (Laotian)

# Notice of the Availability of Language Assistance Services

## Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

**No Cost Language Services.** You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

**Servicios de idiomas sin costo.** Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

**免費語言服務。** 您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

**Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí.** Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

**Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika.** Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

**Անվճար Լեզվական Ծառայություններ:** Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

**Бесплатные услуги перевода.** Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

**無料の言語サービス** 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

**خدمات مجانی مربوط به زبان.** میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian



**ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ:** ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ 'ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

**សេវាកម្មភាសាភូតិកផ្នែក៖** អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយសូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

**خدمات ترجمة بدون تكلفة.** يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357. Arabic

**Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi.** Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากสาม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

**Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'.** Díí shá ata'halne'dooígí hólóqodoo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolnítí nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béeesh bee hodílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'dílníngí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodílnih. Hózhó shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'ágh naa'nil bit haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodílnih. Navajo

**ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.** ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີ ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ 1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງ ລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ 1-800-927-4357. Laotian