



# Formulario de Inscripción para Empleados de Pequeñas Empresas

Fecha de comienzo: 1 de enero de 2025

Blue Shield of California y

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

**Información del suscriptor: Deben completarse todas las secciones o se demorará el procesamiento.**

**En la Sección 2 hay más información del suscriptor.**

Apellido del suscriptor Primer nombre Inicial del 2.º nombre

Número de Seguro Social

**Motivo de la solicitud:** Marque una de las siguientes casillas. Para evitar demoras en el procesamiento, complete todas las secciones en su totalidad:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inscripción de un grupo nuevo<br>Fecha de comienzo del grupo:                   | <input type="checkbox"/> Contratación nueva  | <input type="checkbox"/> Reconstratación<br>Fecha de reconstratación: |
| <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 situación calificante (especifique):<br>Fecha de la situación calificante: |   |

## 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 250/10 OffEx
- Platinum Full PPO 250/15 OffEx
- Gold Full PPO 0/35 OffEx
- Gold Full PPO 500/30 OffEx
- Gold Full PPO 750/30 OffEx
- Gold Full PPO 1000/30 OffEx
- Silver Full PPO 1700/60 OffEx
- Silver Full PPO 2100/65 OffEx\*
- Silver Full PPO 2350/70 OffEx
- Bronze Full PPO 4500/65 OffEx
- Bronze Full PPO 6250/65 OffEx
- Bronze Full PPO 6500/70 OffEx
- Bronze Full PPO 6850/55 OffEx
- Bronze Full PPO 7500/65 OffEx

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

- Gold Full PPO Savings 1750/15% HDHP PrevRx OffEx
- Silver Full PPO Savings 2300/30% OffEx
- Silver Full PPO Savings 2600/35% HDHP PrevRx OffEx
- Bronze Full PPO Savings 5700/40% OffEx
- Bronze Full PPO Savings 7500 OffEx

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

- Gold Tandem PPO Savings 1750/15% HDHP PrevRx OffEx
- Silver Tandem PPO Savings 2300/30% OffEx
- Silver Tandem PPO Savings 2600/35% HDHP PrevRx OffEx
- Bronze Tandem PPO Savings 5700/40% OffEx
- Bronze Tandem PPO Savings 7500 OffEx

### Planes Tandem PPO: Red Tandem PPO

- Platinum Tandem PPO 0/0 OffEx
- Platinum Tandem PPO 0/10 OffEx
- Platinum Tandem PPO 250/10 OffEx
- Platinum Tandem PPO 250/15 OffEx
- Virtual Blue<sup>SM</sup> Platinum Tandem PPO 250/20 OffEx
- Gold Tandem PPO 0/35 OffEx
- Gold Tandem PPO 500/30 OffEx
- Gold Tandem PPO 750/30 OffEx
- Gold Tandem PPO 1000/30 OffEx
- Virtual Blue<sup>SM</sup> Gold Tandem PPO 1500/45 OffEx
- Silver Tandem PPO 1700/60 OffEx
- Silver Tandem PPO 2100/65 OffEx\*
- Silver Tandem PPO 2350/70 OffEx
- Virtual Blue<sup>SM</sup> Silver Tandem PPO 2700/75 OffEx
- Bronze Tandem PPO 4500/65 OffEx
- Bronze Tandem PPO 6250/65 OffEx
- Bronze Tandem PPO 6500/70 OffEx
- Bronze Tandem PPO 6850/55 OffEx
- Bronze Tandem PPO 7500/65 OffEx
- Virtual Blue<sup>SM</sup> Bronze Tandem PPO 7500/75 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® 0/35 OffEx
- Gold Access+ HMO® 500/35 OffEx
- Gold Access+ HMO® 1000/35 OffEx
- Gold Access+ HMO® 1500/35 OffEx
- Silver Access+ HMO® 2300/70 OffEx
- Silver Access+ HMO® 2750/70 OffEx
- Bronze Access+ HMO® 7000/70 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® 0/35 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® 2300/70 OffEx
- Silver Local Access+ HMO® 2750/70 OffEx
- Bronze Local Access+ HMO® 7000/70 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 0/35 OffEx
- Gold Trio HMO 500/35 OffEx
- Gold Trio HMO 1000/35 OffEx
- Gold Trio HMO 1500/35 OffEx
- Silver Trio HMO 2300/70 OffEx
- Silver Trio HMO 2750/70 OffEx
- Bronze Trio HMO 7000/70 OffEx

\* El plan Silver Full PPO 2100/65 OffEx y el plan Silver Tandem PPO 2100/65 OffEx brindan cobertura mejorada para los miembros a los que les diagnosticaron diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) y enfermedad de la arteria coronaria (CAD, por sus siglas en inglés).

Apellido del suscriptor

Primer nombre

Inicial del 2.º nombre

Número de Seguro Social

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

- Blue Shield Platinum 90 PPO 0/15 PCP + Child Dental
- Blue Shield Gold 80 PPO 350/25 PCP + Child Dental
- Blue Shield Silver 70 PPO 2500/55 PCP + Child Dental
- Blue Shield Bronze 60 PPO 5800/60 PCP + Child Dental
- Blue Shield Silver 70 HDHP PPO 2300/30% PCP + Child Dental Alt
- Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO 7500/0% PCP + Child Dental Alt
- Blue Shield Access+ Platinum 90 HMO® 0/20 PCP + Child Dental
- Blue Shield Access+ Gold 80 HMO® 250/35 PCP + Child Dental
- Blue Shield Access+ Silver 70 HMO® 2500/55 PCP + Child Dental
- Blue Shield Trio Platinum 90 HMO 0/20 PCP + Child Dental
- Blue Shield Trio Gold 80 HMO 250/35 PCP + Child Dental
- Blue Shield Trio Silver 70 HMO 2500/55 PCP + Child Dental
- Blue Shield Trio Bronze 60 HMO 7000/70 PCP + Child Dental Alt

**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 un plan dental (Sección SB1) y/o un plan de la vista (Sección SB2) si los ofrece su empleador.**

**Complete la Sección SB3 para el seguro de vida/por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés) si los ofrece su empleador.**

**Sección SB1: Cobertura dental**

**Planes Dental HMO**

- DHMO Basic
- DHMO Standard
- DHMO Plus
- DHMO Deluxe
- DHMO Voluntary†

**Planes Dental PPO**

- Bronze DPPO/\$1000/MAC
- Bronze DPPO/\$1000/MAC/Child Only Ortho
- Bronze DPPO/\$1500/MAC
- Bronze DPPO/\$1500/MAC/Child Only Ortho
- Silver DPPO/\$1500/MAC
- Silver DPPO/\$1500/MAC/Adult+Child Ortho
- Silver DPPO/\$1500/U90
- Silver DPPO/\$1500/U90/Adult+Child Ortho
- Gold DPPO/\$1500/MAC
- Gold DPPO/\$1500/MAC/Adult+Child Ortho
- Gold DPPO/\$2000/MAC
- Gold DPPO/\$2000/MAC/Adult+Child Ortho
- Gold DPPO/\$1500/U90
- Gold DPPO/\$1500/U90/Adult+Child Ortho
- Gold DPPO/\$2000/U90
- Gold DPPO/\$2000/U90/Adult+Child Ortho
- Platinum DPPO/\$2500/U90
- Platinum DPPO/\$2500/U90/Adult+Child Ortho
- Platinum DPPO/\$3000/U90
- Platinum DPPO/\$3000/U90/Adult+Child Ortho
- Platinum DPPO/\$5000/U90
- Platinum DPPO/\$5000/U90/Adult+Child Ortho
- Diamond DPPO/\$3000/U95
- Diamond DPPO/\$3000/U95/Adult+Child Ortho
- Diamond DPPO/\$5000/U95
- Diamond DPPO/\$5000/U95/Adult+Child Ortho

**Planes Dental PPO (disponibles solamente para los grupos inscritos en estos planes antes del 31 de diciembre de 2021)**

- Smile<sup>SM</sup> Value 50/1500/No Ortho/MAC/NR
- Smile<sup>SM</sup> 50/1500/No Ortho/MAC/NR
- Smile<sup>SM</sup> Plus 50/1500/Ortho/MAC/NR
- Smile<sup>SM</sup> Basic 75/1000/No Ortho/MAC/NR
- Smile<sup>SM</sup> Basic 50/1000/No Ortho/MAC
- Smile<sup>SM</sup> Plus 50/1500/No Ortho/MAC/WP
- Smile<sup>SM</sup> Deluxe 50/1500/Ortho/MAC/NR
- Smile<sup>SM</sup> Plus Gold 50/1500/Ortho/U80
- Smile<sup>SM</sup> Plus Gold 50/2500/Ortho/U90/ADV
- Smile<sup>SM</sup> Plus Gold 50/2500/No Ortho/U90/ADV
- Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/No Ortho/U90

**Planes Dental PPO voluntarios\*\***

- Bronze Voluntary DPPO/\$1000/MAC
- Bronze Voluntary DPPO/\$1000/MAC/Child Only Ortho
- Bronze Voluntary DPPO/\$1500/MAC
- Bronze Voluntary DPPO/\$1500/MAC/Child Only Ortho

**Planes Dental PPO voluntarios\*\* (disponibles solamente para los grupos inscritos en estos planes antes del 31 de diciembre de 2021)**

- Smile<sup>SM</sup> Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC/NR
- Smile<sup>SM</sup> Basic Voluntary 50/1000/No Ortho/MAC
- Smile<sup>SM</sup> Basic Voluntary 50/1500/Ortho/U80
- 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)**

- Smile<sup>SM</sup> INO Dental Plan 50/1500/Endo-Perio 80%/Ortho
- Smile<sup>SM</sup> INO Dental Plan 50/1500/Endo-Perio 80%/No Ortho

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

- Smile<sup>SM</sup> Deluxe Gold 50/1500/Ortho/U85
- Smile<sup>SM</sup> Plus 50/1500/Ortho/MAC
- Smile<sup>SM</sup> Value 50/1500/No Ortho/MAC
- Smile<sup>SM</sup> Basic 75/1000/No Ortho/MAC
- Smile<sup>SM</sup> Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC\*\*

† 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 voluntarios incluyen un período de espera de 12 meses para los servicios mayores y los servicios de ortodoncia (plan Ortho).

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"). Todos los planes dentales voluntarios exigen la inscripción de un (1) empleado elegible como mínimo.

Apellido del suscriptor

Primer nombre

Inicial del 2.º nombre

Número de Seguro Social

### Sección SB2: Cobertura de la vista\*

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

- Ultimate Vision Plus 0/0/150/150
- Ultimate Vision 0/0/150
- Ultimate Vision Plus 10/25/150/150
- 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 0/0/150/150
- Preferred Vision 0/0/150
- Preferred Vision Plus 10/25/150/150
- 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 0/0/150/150
- Basic Vision 0/0/150
- Basic Vision Plus 10/25/150/150
- 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/AD&D

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

#### Información del empleado

Fecha de empleo a tiempo completo      Promedio de horas trabajadas por semana      Fecha de recontractación      Clase de trabajo/ocupación\*\*      Ingresos \$ \_\_\_\_\_  
 (sin incluir horas extras, bonificaciones, etc.)

Hora       Semana  
 Mes       Año

\*\*La clasificación en el trabajo se exige cuando su empleador ofrece un seguro de vida que se basa en las clasificaciones en el trabajo.

#### Designación del beneficiario

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

Acepto la o las designaciones de beneficiarios indicadas.

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge/pareja doméstica:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge/pareja doméstica (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 a 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 a 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
-----------	--------	--------	---------------

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

**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 los 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 del seguro de vida básico y AD&D para empleados: \$                      Cantidad de la cobertura pedida para dependiente(s): \$

Cantidad de dependientes elegibles:                      Seguro de vida básico para dependientes:  Sí  No

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

## Sección 2A: Información del suscriptor

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

Número de Seguro Social                      Nombre del empleador (grupo)                      Identificación del grupo de Blue Shield

Apellido                      Primer nombre                      Inicial del 2.º nombre

Dirección del hogar (física) (no se aceptan casillas postales)                      Ciudad                      Estado                      Código postal

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

Número de teléfono celular:                      Número de teléfono fijo:                      Preferencia de idioma:  
 Inglés  Español  Chino  Vietnamita  Otro

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

Su participación es voluntaria y puede cancelar la autorización para recibir avisos cuando lo desee. Para obtener más información, visite [blueshieldca.com/terms](https://blueshieldca.com/terms).

Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)                      Preferencia para los mensajes  
 Electrónicos  En papel

**¡Deje de usar papel!** Recibirá un mensaje de correo electrónico con un enlace que le permitirá registrar su cuenta, personalizar sus preferencias de comunicación, y obtener acceso a su tarjeta de identificación digital y a la información de sus beneficios.

**Fecha de nacimiento:**

**Sexo:**  Masculino  Femenino                      **Estado civil:**  Soltero(a)  Casado(a)  Pareja doméstica

¿Tiene algún hijo dependiente menor de 26 años que sea elegible?  Sí  No                      ¿Cuántos?                      ¿Cuántos se inscribirán?

Apellido del suscriptor

Primer nombre

Inicial del 2.º nombre

Número de Seguro Social

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

1. ¿Es usted de origen hispano o latino? 2. Si contesta "Sí", elija una opción: 3. ¿Con qué raza(s) se identifica? (Elija una)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí                   | <input type="checkbox"/> Cubano   | <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Laosiano             |
| <input type="checkbox"/> No                   | <input type="checkbox"/> Guatemalteco                                   | <input type="checkbox"/> Indio asiático                     | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái      |
| <input type="checkbox"/> No sé                | <input type="checkbox"/> Mexicano,<br>mexicoestadounidense<br>o chicano | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano              | <input type="checkbox"/> Samoano              |
| <input type="checkbox"/> Me niego a contestar | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño                                 | <input type="checkbox"/> Camboyano                          | <input type="checkbox"/> Vietnamita           |
|   | <input type="checkbox"/> Salvadoreño                                    | <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Blanco               |
|   | <input type="checkbox"/> 2 o más grupos étnicos                         | <input type="checkbox"/> Filipino                           | <input type="checkbox"/> 2 o más razas        |
|   | <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino<br>o español       | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro                 | <input type="checkbox"/> Otra                 |
|   |   | <input type="checkbox"/> Hmong                              | <input type="checkbox"/> No sé                |
|   |   | <input type="checkbox"/> Japonés                            | <input type="checkbox"/> Me niego a contestar |
|   |   | <input type="checkbox"/> Coreano                            |   |

Si hay dependientes aplicables incluidos en su solicitud, ¿son todos los dependientes de la misma raza y del mismo grupo étnico que el solicitante principal?  
 Sí  No Si contesta "No", indique la raza y el grupo étnico para cada uno de sus dependientes en la Parte 4.

## Sección 2B: Información sobre el empleo

**Puesto de trabajo:**

**Fecha de contratación:**

(Tiempo completo o tiempo parcial según lo que se indica a continuación. Si se aplica un período de orientación, la fecha de contratación será el primer día después de que termine el período de orientación).

**Clasificación en el trabajo:\*\***

\*\*La clasificación en el trabajo se exige cuando su empleador ofrece un seguro de vida, períodos de espera o contribuciones para las primas que se basan en las clasificaciones en el trabajo.

**Situación de trabajo (marque 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 situación calificante de COBRA. Si contesta "Sí", complete la sección 7 (obligatoria).  Sí  No

## 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 de Dental HMO para mí y mis dependientes.  
 No, deseo pedir un médico de atención primaria y/o un proveedor de 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](http://blueshieldca.com) después de la inscripción.

<b>Nombre del médico de atención primaria de HMO</b>	<b>Número de proveedor</b>	Nombre del grupo médico/asociación de práctica independiente (IPA, por sus siglas en inglés)	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	----------------------------	--	---

<b>Nombre del proveedor de Dental HMO</b>	<b>Número de proveedor</b>	Nombre del grupo dental	¿Es paciente actual? <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 doméstica o hijo(s) dependiente(s) rechazan la cobertura de algunos o todos los productos que ofrezca el grupo, el empleado debe completar y firmar el formulario de Rechazo de Cobertura Personal que está al final de esta solicitud. 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> <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <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 Si contesta "No", incluya el formulario de Rechazo de Cobertura completo y firmado.
--	---	--	--

Primer nombre      Inicial del 2.º nombre      Apellido      Sufijo

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

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

¿Con qué raza y grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los del suscriptor)

Nombre del médico de atención primaria de HMO      Número de proveedor      Nombre de la IPA      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO      Número de proveedor      Nombre del grupo dental      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

<b>Tipo de dependiente:</b> <input type="checkbox"/> Hijo dependiente <input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <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 Si contesta "No", incluya el formulario de Rechazo de Cobertura completo y firmado.
--	---	--	--

Primer nombre      Inicial del 2.º nombre      Apellido      Sufijo

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

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

¿Con qué raza y grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los del suscriptor)

Nombre del médico de atención primaria de HMO      Número de proveedor      Nombre de la IPA      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO      Número de proveedor      Nombre del grupo dental      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

<b>Tipo de dependiente:</b> <input type="checkbox"/> Hijo dependiente <input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <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 Si contesta "No", incluya el formulario de Rechazo de Cobertura completo y firmado.
--	---	--	--

Primer nombre      Inicial del 2.º nombre      Apellido      Sufijo

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

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

¿Con qué raza y grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los del suscriptor)

Nombre del médico de atención primaria de HMO      Número de proveedor      Nombre de la IPA      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO      Número de proveedor      Nombre del grupo dental      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

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

<b>Tipo de dependiente:</b> <input type="checkbox"/> Hijo dependiente <input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <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 Si contesta "No", incluya el formulario de Rechazo de Cobertura completo y firmado.
--	---	--	--

Primer nombre                      Inicial del 2.º nombre                      Apellido                      Sufijo

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

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

¿Con qué raza y grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los del suscriptor)

Nombre del médico de atención primaria de HMO                      Número de proveedor                      Nombre de la IPA                      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO                      Número de proveedor                      Nombre del grupo dental                      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

<b>Tipo de dependiente:</b> <input type="checkbox"/> Hijo dependiente <input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <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 Si contesta "No", incluya el formulario de Rechazo de Cobertura completo y firmado.
--	---	--	--

Primer nombre                      Inicial del 2.º nombre                      Apellido                      Sufijo

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

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

¿Con qué raza y grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los del suscriptor)

Nombre del médico de atención primaria de HMO                      Número de proveedor                      Nombre de la IPA                      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO                      Número de proveedor                      Nombre del grupo dental                      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

<b>Tipo de dependiente:</b> <input type="checkbox"/> Hijo dependiente <input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <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 Si contesta "No", incluya el formulario de Rechazo de Cobertura completo y firmado.
--	---	--	--

Primer nombre                      Inicial del 2.º nombre                      Apellido                      Sufijo

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

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

¿Con qué raza y grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los del suscriptor)

Nombre del médico de atención primaria de HMO                      Número de proveedor                      Nombre de la IPA                      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO                      Número de proveedor                      Nombre del grupo dental                      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

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

<b>Tipo de dependiente:</b> <input type="checkbox"/> Hijo dependiente <input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <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 Si contesta "No", incluya el formulario de Rechazo de Cobertura completo y firmado.
--	---	--	--

Primer nombre      Inicial del 2.º nombre      Apellido      Sufijo

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

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

¿Con qué raza y grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los del suscriptor)

Nombre del médico de atención primaria de HMO      Número de proveedor      Nombre de la IPA      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO      Número de proveedor      Nombre del grupo dental      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

<b>Tipo de dependiente:</b> <input type="checkbox"/> Hijo dependiente <input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <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 Si contesta "No", incluya el formulario de Rechazo de Cobertura completo y firmado.
--	---	--	--

Primer nombre      Inicial del 2.º nombre      Apellido      Sufijo

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

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

¿Con qué raza y grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los del suscriptor)

Nombre del médico de atención primaria de HMO      Número de proveedor      Nombre de la IPA      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO      Número de proveedor      Nombre del grupo dental      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

<b>Tipo de dependiente:</b> <input type="checkbox"/> Hijo dependiente <input type="checkbox"/> Otro hijo dependiente: tutela legal	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <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 Si contesta "No", incluya el formulario de Rechazo de Cobertura completo y firmado.
--	---	--	--

Primer nombre      Inicial del 2.º nombre      Apellido      Sufijo

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

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

¿Con qué raza y grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los del suscriptor)

Nombre del médico de atención primaria de HMO      Número de proveedor      Nombre de la IPA      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO      Número de proveedor      Nombre del grupo dental      ¿Es paciente actual?  
 Sí  No

Apellido del suscriptor

Primer nombre

Inicial del 2.º nombre

Número de Seguro Social

## Sección 5: Información relacionada con otro plan de salud

Si se inscribe debido a la pérdida de cobertura de un plan de salud anterior y/o para recibir crédito para cualquier período de espera del empleador, debe presentar documentación para verificar la fecha de la situación calificante.

¿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 contesta "Sí", especifique la aseguradora:

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

Número de póliza/identificación

Fecha en que empezó la cobertura:

Fecha en que terminó (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?  
 Sí  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 enfermedad de riñones en etapa final (ESRD, por sus siglas en inglés)?

Sí  No

Si la 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 tuvo un trasplante de riñón, ¿cuándo se hizo el trasplante?

(mm/dd/aaaa)

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

Complete esta sección solo si se inscribe en 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 tiempo permitido a través de COBRA y/o Cal-COBRA (según corresponda). Se debe presentar una prueba de inscripción como participante de COBRA/Cal-COBRA.

Para poder ser elegible para la continuación de la cobertura de COBRA/Cal-COBRA, indique el nombre del empleado mediante el cual se obtuvo la cobertura grupal antes de la situación calificante.

Apellido del empleado

Primer nombre del empleado

Inicial del 2.º nombre

Identificación de Blue Shield del empleado/suscriptor (si corresponde)

Fecha de la situación calificante original

Motivo de la situación calificante:

- Fin del empleo o reducción de horas (último día trabajado)
- Fin del empleo o reducción de horas por discapacidad
- Divorcio o separación legal
- Derecho a Medicare por parte del empleado cubierto

- Alcance de la edad máxima por parte de un hijo dependiente
- Muerte del empleado cubierto
- Fin del acuerdo de convivencia en pareja

## 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 nos tomamos muy en serio nuestra obligación de proteger esa información. Blue Shield protege la privacidad y la seguridad de la información personal que guardamos, 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, a través de usted, con 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, una aseguradora, una organización de apoyo en materia de seguros, un plan de salud o su agente de seguros. Usamos y revelamos su información personal para administrar su cobertura de Blue Shield, y según lo permita o exija de otra manera la ley. Al hacerlo, podemos revelar su información personal a otros; 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, excepto 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 en 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/privacy](https://blueshieldca.com/privacy).

## Confirmación y firma

**Confirmando 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 es la base sobre la cual puede emitirse la cobertura del plan. Entiendo que, si he cometido fraude o he falseado intencionalmente cualquier hecho fundamental en relación con esta 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. Además, autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución exigida (si la hubiera) 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.

Si se inscribe usted o inscribe a sus dependientes, o hace cambios en la cobertura durante un Período de Inscripción Especial, está declarando que usted y/o los dependientes que se inscriben han tenido una de las situaciones calificantes que se detallan en la *Evidencia de Cobertura* y que tiene una prueba de esa situación en caso de que se la pidan.

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

Firma del empleado

Fecha

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 doméstica 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.

<b>Nombre del empleado</b>	<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
<b>Nombre del empleador (grupo)</b>	<b>Fecha de contratación</b>	<b>Estado donde vive</b>
<b>Estado civil</b> Casado(a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convivencia en pareja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Puesto de trabajo</b>	

¿El empleado es un empleado de tiempo completo que trabaja, al menos, 30 horas por semana para este empleador?  Sí  No **O BIEN**

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

### Rechazo de la cobertura:

Rechazo la cobertura del plan de salud:

- Para mí y todos mis dependientes  
 Para mi cónyuge/pareja doméstica solamente  
 Para mis hijos solamente  
 Para mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos solamente  
 Para los siguientes dependientes solamente:  
\_\_\_\_\_

Si se ofrece un plan dental, rechazo esa cobertura:

- Para mí y todos mis dependientes  
 Para mi cónyuge/pareja doméstica solamente  
 Para mis hijos solamente  
 Para mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos solamente  
 Para los siguientes dependientes solamente:  
\_\_\_\_\_

Si se ofrece un plan de la vista, rechazo esa cobertura:

- Para mí y todos mis dependientes  
 Para mi cónyuge/pareja doméstica solamente  
 Para mis hijos solamente  
 Para mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos solamente  
 Para los siguientes dependientes solamente:  
\_\_\_\_\_

Si se ofrece un plan de seguro de vida, rechazo esa cobertura:

- Para mí

### Motivo por el que el empleado rechaza la cobertura de salud

#### Otra cobertura de salud ofrecida por un empleador

- Se inscribe como dependiente de un empleado en este plan de salud grupal.  
 Tiene cobertura de otro plan de salud que ofrece este empleador (a través de otra aseguradora).  
 Tiene cobertura del plan de salud de otro empleador, que incluye la cobertura de la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA, Ley Consolidada General de Conciliación Presupuestaria) o Cal-COBRA, a través de su cónyuge/pareja doméstica, padre/madre o empleador anterior.

#### Otra cobertura de salud no ofrecida por un empleador

- Tiene cobertura de un plan de salud individual o familiar.  
 Tiene cobertura de un programa del gobierno, que incluye Medicare, Medi-Cal, Programa Healthy Families, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, Programa de Salud para Tribus/Indígenas Urbanos y Administración de Salud de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés).  
 **Otros motivos.**

### Motivo por el que el empleado rechaza la cobertura dental

#### Otra cobertura dental.

- Se inscribe como dependiente de un empleado en este plan dental grupal.  
 Tiene cobertura del plan dental de otro empleador, que incluye la cobertura dental de COBRA o Cal-COBRA, a través de su cónyuge/pareja doméstica, padre/madre o empleador anterior.  
 Tiene cobertura de un plan dental individual o familiar.  
 **Otros motivos.**

### Motivo por el que el empleado rechaza la cobertura de la vista

#### Otra cobertura de la vista

- Se inscribe como dependiente de un empleado en este plan de la vista grupal.  
 Tiene cobertura del plan de la vista de otro empleador, que incluye la cobertura de la vista de COBRA o Cal-COBRA, a través de su cónyuge/pareja doméstica, padre/madre o empleador anterior.  
 Tiene cobertura de un plan de la vista individual o familiar.  
 **Otros motivos.**

### Motivo por el que el empleado rechaza la cobertura del seguro de vida

#### Otra cobertura de seguro de vida

- Tiene una cobertura de seguro de vida de otro empleador a través de su cónyuge/pareja doméstica o padre/madre.

#### Otros motivos

- Costo de la cobertura.  
 No necesita o no quiere la cobertura.

Reconozco que mi empleador me ha explicado la cobertura que está disponible para mí y sé que tengo derecho a inscribirme en esta cobertura, y he decidido no inscribirme ni inscribir a mis dependientes, si los tuviera. En este momento, renuncio a inscribirme, así como a inscribir a mi cónyuge/pareja doméstica 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 rechace la cobertura.

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

Además, si agrego un nuevo dependiente como consecuencia 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 dentro de los 60 días después del 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 dentro de los 60 días después de haber recibido el aviso de elegibilidad para participar en esos programas de ayuda en el pago de las primas.

Si he indicado antes que el motivo por el que rechazo la cobertura para mí o para mi(s) dependiente(s) es porque tengo la 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 o para mi(s) dependiente(s) en el plan de beneficios de salud de mi empleador dentro 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 pasado 12 meses; entre ambas opciones, la que pase primero.

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

Firma del empleado

C12914GRP-FF-SP\_1024

Fecha

Solicitud del Empleado 11 de 11