



Formulario de Inscripción para Empleados de Pequeñas Empresas

Fecha de comienzo: 1 de julio de 2026

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

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Inscripción de un grupo nuevo
Fecha de comienzo del grupo: | ☐ Contratación nueva | ☐ Recontratación
Fecha de recontratación: |
| ☐ Inscripción abierta
Fecha de renovación: | ☐ Inscripción en COBRA/Cal-COBRA | |
| ☐ Cónyuge/dependiente nuevo
Fecha del matrimonio, el nacimiento o la adopción: | ☐ Otra situación calificante (especifique):
Fecha de la situación calificante: | |

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

Paquete Off-Exchange de Blue Shield of California para pequeñas empresas

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 750/35 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 1000/30 OffEx
- ☐ Silver Full PPO 1800/65 OffEx
- ☐ Silver Full PPO 2100/75 OffEx*
- ☐ Silver Full PPO 2550/75 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 1850/15% HDHP PrevRx OffEx
- ☐ Silver Full PPO Savings 2300/30% OffEx
- ☐ Silver Full PPO Savings 2800/35% 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 1850/15% HDHP PrevRx OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO Savings 2300/30% OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO Savings 2800/35% 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 BlueSM Platinum Tandem PPO 250/20 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 0/35 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 500/30 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 750/35 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 1000/30 OffEx
- ☐ Virtual BlueSM Gold Tandem PPO 1500/45 OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO 1800/65 OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO 2100/75 OffEx*
- ☐ Silver Tandem PPO 2550/75 OffEx
- ☐ Virtual BlueSM Silver Tandem PPO 2850/75 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 BlueSM 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[®] 2100/70 OffEx
- ☐ Silver Access+ HMO[®] 2850/70 OffEx
- ☐ Bronze Access+ HMO[®] 7000/65 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[®] 0/35 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[®] 2100/70 OffEx
- ☐ Silver Local Access+ HMO[®] 2850/70 OffEx
- ☐ Bronze Local Access+ HMO[®] 7000/65 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 0/35 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 500/35 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 1000/35 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 1500/35 OffEx
- ☐ Silver Trio HMO 2100/70 OffEx
- ☐ Silver Trio HMO 2850/70 OffEx
- ☐ Bronze Trio HMO 7000/65 OffEx

* El plan Silver Full PPO 2100/75 OffEx y el plan Silver Tandem PPO 2100/75 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

Paquete Mirador de Blue Shield of California para pequeñas empresas

- | | |
|---|--|
| ☐ Blue Shield Platinum 90 PPO 0/15 PCP + Child Dental | ☐ Blue Shield Access+ Gold 80 HMO® 250/35 PCP + Child Dental |
| ☐ Blue Shield Gold 80 PPO 350/25 PCP + Child Dental | ☐ Blue Shield Access+ Silver 70 HMO® 2500/55 PCP + Child Dental |
| ☐ Blue Shield Silver 70 PPO 2500/55 PCP + Child Dental | ☐ Blue Shield Trio Platinum 90 HMO 0/20 PCP + Child Dental |
| ☐ Blue Shield Bronze 60 PPO 5800/60 PCP + Child Dental | ☐ Blue Shield Trio Gold 80 HMO 250/35 PCP + Child Dental |
| ☐ Blue Shield Silver 70 HDHP PPO 2300/30% PCP + Child Dental Alt | ☐ Blue Shield Trio Silver 70 HMO 2500/55 PCP + Child Dental |
| ☐ Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO 7500/0% PCP + Child Dental Alt | ☐ Blue Shield Trio Bronze 60 HMO 7000/65 PCP + Child Dental Alt |
| ☐ Blue Shield Access+ Platinum 90 HMO® 0/20 PCP + Child Dental | |

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 | ☐ Gold DPPO/\$1500/U90/Adult+Child Ortho |
| ☐ Bronze DPPO/\$1000/MAC/Child Only Ortho | ☐ Gold DPPO/\$2000/U90 |
| ☐ Bronze DPPO/\$1500/MAC | ☐ Gold DPPO/\$2000/U90/Adult+Child Ortho |
| ☐ Bronze DPPO/\$1500/MAC/Child Only Ortho | ☐ Platinum DPPO/\$2500/U90 |
| ☐ Silver DPPO/\$1500/MAC | ☐ Platinum DPPO/\$2500/U90/Adult+Child Ortho |
| ☐ Silver DPPO/\$1500/MAC/Adult+Child Ortho | ☐ Platinum DPPO/\$3000/U90 |
| ☐ Silver DPPO/\$1500/U90 | ☐ Platinum DPPO/\$3000/U90/Adult+Child Ortho |
| ☐ Silver DPPO/\$1500/U90/Adult+Child Ortho | ☐ Platinum DPPO/\$5000/U90 |
| ☐ Gold DPPO/\$1500/MAC | ☐ Platinum DPPO/\$5000/U90/Adult+Child Ortho |
| ☐ Gold DPPO/\$1500/MAC/Adult+Child Ortho | ☐ Diamond DPPO/\$3000/U95 |
| ☐ Gold DPPO/\$2000/MAC | ☐ Diamond DPPO/\$3000/U95/Adult+Child Ortho |
| ☐ Gold DPPO/\$2000/MAC/Adult+Child Ortho | ☐ Diamond DPPO/\$5000/U95 |
| ☐ Gold DPPO/\$1500/U90 | ☐ 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 SM Value 50/1500/No Ortho/MAC/NR | ☐ Smile SM Plus Gold 50/1500/Ortho/U80 |
| ☐ Smile SM 50/1500/No Ortho/MAC/NR | ☐ Smile SM Plus Gold 50/2500/Ortho/U90/ADV |
| ☐ Smile SM Plus 50/1500/Ortho/MAC/NR | ☐ Smile SM Plus Gold 50/2500/No Ortho/U90/ADV |
| ☐ Smile SM Basic 75/1000/No Ortho/MAC/NR | ☐ Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/No Ortho/U90 |
| ☐ Smile SM Basic 50/1000/No Ortho/MAC | |

Planes Dental PPO voluntarios**

- | | |
|--|--|
| ☐ Bronze Voluntary DPPO/\$1000/MAC | ☐ Bronze Voluntary DPPO/\$1500/MAC |
| ☐ Bronze Voluntary DPPO/\$1000/MAC/Child Only Ortho | ☐ 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 SM Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC/NR | ☐ Smile SM Basic Voluntary 50/1500/Ortho/U80 |
|--|--|

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

- | | |
|---|---|
| ☐ Smile SM Value 50/1500/No Ortho/MAC | ☐ Smile SM Basic 75/1000/No Ortho/MAC |
|---|---|

[†] 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").

Para todos los planes dentales voluntarios, debe inscribirse al menos un empleado elegible.

Sección SB2: Cobertura de la vista*

Ultimate Vision para pequeñas empresas (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 10/25/150¹

Preferred Vision para pequeñas empresas (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 10/25/120¹

Basic Vision para pequeñas empresas (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 10/25/120¹

☐ Otro (especifique)

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

¹ Para los planes de la vista voluntarios, debe inscribirse al menos un empleado elegible.

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
recontratación

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 que se nombran en este formulario.

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. Escriba 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 por igual entre los beneficiarios principales que sobrevivan al empleado. Para designar a más de dos beneficiarios principales, agréguelos 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 reunidos 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 brindada a las personas nombradas 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

Al brindar mi información de contacto en este formulario, acepto que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse conmigo sobre mi cuenta y los distintos programas de salud y bienestar que están disponibles para mí sin ningún costo, incluso por teléfono o texto, usando un marcador automático o una voz artificial o pregrabada; es posible que se apliquen las tarifas de datos estándar.

Acepto que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse conmigo sobre información promocional que pueda beneficiarme a mí y a mis dependientes, incluso por teléfono o texto a los números que puse en este formulario, usando un marcador automático o una voz artificial o pregrabada. Su participación es voluntaria y puede cancelar la autorización para recibir avisos cuando lo desee; es posible que se apliquen las tarifas de datos estándar. ☐ Sí ☐ No

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:

Estado civil:

☐ Masculino ☐ Femenino

☐ 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)

☐ Sí	☐ Cubano	☐ Indio americano o nativo de Alaska	☐ Laosiano
☐ No	☐ Guatemalteco	☐ Indio asiático	☐ Nativo de Hawái
☐ No sé	☐ Mexicano, mexicoestadounidense o chicano	☐ Negro o afroamericano	☐ Samoano
☐ Me niego a contestar	☐ Puertorriqueño	☐ Camboyano	☐ Vietnamita
	☐ Salvadoreño	☐ Chino	☐ Blanco
	☐ Dos o más grupos étnicos	☐ Filipino	☐ Dos o más razas
	☐ Otro origen hispano, latino o español	☐ Guameño o chamorro	☐ Otra
		☐ Hmong	☐ No sé
		☐ Japonés	☐ Me niego a contestar
		☐ Coreano	

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

Sección 2B: Información sobre el empleo

Fecha de contratación:

(Tiempo completo o tiempo parcial según lo detallado 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).

Puesto de trabajo:

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 permanente de tiempo completo que trabaja de forma activa 30 horas o más por semana para este empleador. ☐ Sí ☐ No
Soy un empleado permanente 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 porque tuve 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](https://www.blueshieldca.com) después de la inscripción.

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

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 este formulario de aplicación. 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 detalle lo contrario.

Tipo de dependiente:

☐ Cónyuge

Sexo:

☐ Masculino

Número de Seguro Social (obligatorio)

☐ Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor? ☐ Sí ☐ No

☐ Pareja doméstica

☐ Femenino

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)

Preferencia para los mensajes

Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)

☐ Electrónicos

☐ En papel

¿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

Tipo de dependiente:

☐ Hijo dependiente

Sexo:

☐ Masculino

Número de Seguro Social (obligatorio)

☐ Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor? ☐ Sí ☐ No

☐ Otro hijo dependiente: tutela legal

☐ Femenino

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)

Preferencia para los mensajes

Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)

☐ Electrónicos

☐ En papel

¿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

Tipo de dependiente:

☐ Hijo dependiente

Sexo:

☐ Masculino

Número de Seguro Social (obligatorio)

☐ Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor? ☐ Sí ☐ No

☐ Otro hijo dependiente: tutela legal

☐ Femenino

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)

Preferencia para los mensajes

Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)

☐ Electrónicos

☐ En papel

¿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
-------------------------	---------------	------------------------	-------------------------

Tipo de dependiente: ☐ Hijo dependiente ☐ Otro hijo dependiente: tutela legal	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor? ☐ Sí ☐ 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)
---------------------	--

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

¿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

Tipo de dependiente: ☐ Hijo dependiente ☐ Otro hijo dependiente: tutela legal	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor? ☐ Sí ☐ 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)
---------------------	--

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

¿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

Tipo de dependiente: ☐ Hijo dependiente ☐ Otro hijo dependiente: tutela legal	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor? ☐ Sí ☐ 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)
---------------------	--

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

¿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
-------------------------	---------------	------------------------	-------------------------

Tipo de dependiente: ☐ Hijo dependiente ☐ Otro hijo dependiente: tutela legal	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor? ☐ Sí ☐ 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)
---------------------	--

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

¿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

Tipo de dependiente: ☐ Hijo dependiente ☐ Otro hijo dependiente: tutela legal	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor? ☐ Sí ☐ 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)
---------------------	--

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

¿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

Tipo de dependiente: ☐ Hijo dependiente ☐ Otro hijo dependiente: tutela legal	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que eligió el suscriptor? ☐ Sí ☐ 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)
---------------------	--

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

¿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 porque perdió la 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):

Escriba los nombres de todos los suscriptores y miembros dependientes que estén o hayan estado inscritos en la cobertura de salud que marcó 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 marque 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 porque tiene 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, escriba 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

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

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 relacionada con los 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 relacionada con los seguros, un plan de salud o su agente de seguros. Blue Shield no revelará su información personal sin su autorización, excepto según lo que permita o exija la ley.

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/en/home/about-blue-shield/privacy-and-security/hipaa-notice-privacy-practices.

Confirmación y firma

Confirmo 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 decisiones: 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 hay) para el costo de este plan.

Entiendo que la cobertura no empezará hasta que este formulario de aplicación y el de mi empleador hayan sido aprobados 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.**

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). Escriba de forma digital o a mano 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 donde vive

Estado civil Casado(a) Sí No Convivencia en pareja Sí No Puesto de trabajo

Soy un empleado permanente de tiempo completo que trabaja de forma activa, al menos, 30 horas por semana para este empleador. Soy un empleado permanente de tiempo parcial que trabaja de forma activa, al menos, 20 horas por semana para este empleador.

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: Motivo por el que el empleado o el dependiente rechazan 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 o el dependiente rechazan 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 o el dependiente rechazan 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 o el dependiente rechazan 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. Si renuncia 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 explicado 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 Fecha