



Pedido de Cambio para Suscriptores de Pequeñas Empresas

Fecha de comienzo: 1 de enero de 2026

Blue Shield of California y

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Todos los pedidos de cambio deben recibirse dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que empieza a tener validez el cambio. Este formulario se usa para pedir cambios en la información personal, agregar o cancelar la cobertura de dependientes, o cambiar de plan durante la inscripción abierta. Los empleados que piden un nuevo médico de atención primaria (planes HMO) deben visitar blueshieldca.com o comunicarse con Blue Shield llamando al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield.

¿Qué cambios hará? (Elija todo lo que corresponda)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Dirección del suscriptor | ☐ Fecha de nacimiento | ☐ Cambio de dirección del dependiente | ☐ Fecha de contratación |
| ☐ Cambio de número de teléfono o de dirección electrónica | ☐ Número de Seguro Social | ☐ Incorporación de dependientes a la cobertura | ☐ Renuncia a la cobertura del empleado |
| ☐ Cambio de nombre del suscriptor | ☐ Cambio de nombre del dependiente | ☐ Actualización de la fecha de comienzo | ☐ Renuncia a la cobertura de dependientes |
| | | | ☐ Cambios en el plan |

Período de Inscripción Especial

Si hace cambios en la inscripción o en la cobertura durante un Período de Inscripción Especial, escriba la situación calificante: _____

Fecha de la situación calificante: _____

Información del suscriptor. Se debe brindar toda la información que se pide en esta sección para todos los cambios.

Nombre del empleado inscrito (suscriptor)	Número de identificación del suscriptor de Blue Shield
Número de Seguro Social (según lo exigen los CMS)	Situación de trabajo ☐ Tiempo completo (30 horas) ☐ Tiempo parcial (entre 20 y 29 horas) ☐ Beneficiario de COBRA/Cal-COBRA
Nombre del empleador/grupo	Identificación del grupo de Blue Shield Fecha de comienzo pedida (en la tarjeta de identificación)

Cuéntenos sobre usted. ¿Cómo describiría su raza o grupo étnico? Estas preguntas sobre la raza y el grupo étnico 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?
☐ Sí
☐ No
☐ No sé
☐ Me niego a contestar | 2. Si contesta "Sí", elija una opción:
☐ Cubano
☐ Guatemalteco
☐ Mexicano, mexicoestadounidense o chicano
☐ Puertorriqueño
☐ Salvadoreño
☐ 2 o más grupos étnicos
☐ Otro origen hispano, latino o español | 3. ¿Con qué raza(s) se identifica? (Elija una)
☐ Indio americano o nativo de Alaska
☐ Indio asiático
☐ Negro o afroamericano
☐ Camboyano
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Guameño o chamorro
☐ Hmong
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Laosiano
☐ Nativo de Hawái
☐ Samoano
☐ Vietnamita
☐ Blanco
☐ 2 o más razas
☐ Otra
☐ No sé
☐ Me niego a contestar |
|---|---|---|

Actualización de la información del miembro

Cambio de dirección

Complete esta sección para actualizar su dirección. Incluya la dirección anterior y la dirección nueva completas. Planes HMO: Si se mudó fuera del área de servicio de su médico de atención primaria, deberá cambiar de médico de atención primaria. Visite blueshieldca.com o comuníquese con Blue Shield llamando al número que está en su tarjeta de identificación para obtener más información.

Dirección anterior	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección nueva	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Nombre del dependiente (si el cambio de dirección se aplica solo al dependiente): _____

Cambio de número de teléfono o de dirección electrónica

Complete esta sección para actualizar su número de teléfono o dirección electrónica con Blue Shield.

Número de teléfono anterior	☐ Celular ☐ Fijo	Dirección electrónica anterior
Número de teléfono nuevo	☐ Celular ☐ Fijo	Dirección electrónica nueva

Cambio de nombre del empleado (es probable que se deba presentar documentación)

Nota: Una copia de la orden judicial, la licencia de matrimonio, la licencia de conducir o la tarjeta de identificación son ejemplos de la documentación que se debe presentar.

Nombre anterior (primer nombre, apellido)

Nombre nuevo (primer nombre, apellido)

Motivo del cambio: ☐ Matrimonio ☐ Divorcio ☐ Otro motivo (especifique):

¿Se adjuntó la documentación?
☐ Sí ☐ No

Corrección de la fecha de nacimiento (se debe presentar documentación)

Nota: Una copia de la licencia de conducir, la tarjeta de identificación o el certificado de nacimiento son ejemplos de la documentación que se debe presentar.

Nombre del miembro

Fecha de nacimiento

¿Se adjuntó la documentación?
☐ Sí ☐ No

Cambio o corrección del número de Seguro Social (se debe presentar documentación)

Una copia de la tarjeta de Seguro Social, una carta de verificación de la oficina de Seguro Social y una declaración escrita en la que se explique el motivo del cambio son ejemplos de la documentación que se debe presentar.

Número de Seguro Social anterior

Número de Seguro Social nuevo

¿Se adjuntó la documentación?
☐ Sí ☐ No

Cambios relacionados con la elegibilidad del miembro

Incorporación de dependientes a la cobertura

Complete esta sección para agregar un cónyuge, una pareja doméstica o un hijo dependiente a la cobertura del empleado. Copie y adjunte páginas adicionales según sea necesario si desea agregar varios dependientes. El pedido se debe recibir dentro del tiempo permitido según la situación calificante o durante el período de inscripción abierta del grupo. Es posible que se deba presentar documentación para verificar la fecha de la situación calificante, que puede ser la pérdida de cobertura, una adopción o la cobertura por orden judicial. Se debe completar y presentar un formulario de **Rechazo de Cobertura (C19927)** por cada dependiente que rechaza la cobertura del plan.

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

Dependiente 1

Relación con el empleado

☐ Hijo dependiente
☐ Cónyuge/pareja doméstica
☐ Hijo dependiente: tutela legal

Motivo de la incorporación

☐ Recién nacido
☐ Adopción
☐ Orden judicial*
☐ Matrimonio

☐ Convivencia en pareja
☐ Pérdida de cobertura
☐ Inscripción abierta
☐ Otra situación calificante (especifique):

* Se debe presentar la orden judicial.

Fecha de la situación calificante:

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Sexo:
☐ Masculino
☐ Femenino

¿Con qué raza se identifica este dependiente?

¿Con qué grupo étnico se identifica este dependiente?

Primer nombre

Inicial del 2.º nombre

Apellido

Sufijo

Dirección (si no es igual a la del empleado)

Ciudad

Estado

Código postal

En los últimos 12 meses, ¿estuvo el dependiente cubierto por otro plan de seguro de salud? ☐ Sí ☐ No
Si contesta "Sí", especifique el nombre del plan y de la aseguradora, y las fechas de comienzo y fin de la cobertura:

Nombre del plan y de la aseguradora:

Del

al

Nombre del proveedor HMO

Número del proveedor HMO

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 del proveedor de Dental HMO

¿Es paciente actual?
☐ Sí ☐ No

¿Se inscribe en los mismos productos que eligió el suscriptor? ☐ Sí ☐ No Si contesta "No", complete y adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura.

Nombre del suscriptor	Número de identificación del suscriptor	Nombre del empleador/grupo
-----------------------	---	----------------------------

Dependiente 2

Relación con el empleado

☐ Hijo dependiente
☐ Cónyuge/pareja doméstica
☐ Hijo dependiente: tutela legal

Motivo de la incorporación

☐ Recién nacido
☐ Adopción
☐ Orden judicial*
☐ Matrimonio

☐ Convivencia en pareja
☐ Pérdida de cobertura
☐ Inscripción abierta
☐ Otra situación calificante (especifique):

* Se debe presentar la orden judicial.

Fecha de la situación calificante:

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Sexo:
☐ Masculino ☐ Femenino

¿Con qué raza se identifica este dependiente?

¿Con qué grupo étnico se identifica este dependiente?

Primer nombre

Inicial del 2.º nombre

Apellido

Sufijo

Dirección (si no es igual a la del empleado)

Ciudad

Estado

Código postal

En los últimos 12 meses, ¿estuvo el dependiente cubierto por otro plan de seguro de salud? ☐ Sí ☐ No
Si contesta "Sí", especifique el nombre del plan y de la aseguradora, y las fechas de comienzo y fin de la cobertura:

Nombre del plan y de la aseguradora:

Del

al

Nombre del proveedor HMO

Número del proveedor HMO

Nombre del grupo médico/IPA

¿Es paciente actual?
☐ Sí ☐ No

Nombre del proveedor de Dental HMO

Número del proveedor de Dental HMO

¿Es paciente actual?
☐ Sí ☐ No

¿Se inscribe en los mismos productos que eligió el suscriptor? ☐ Sí ☐ No Si contesta "No", complete y adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura.

Cancelación de la cobertura de dependientes

Complete esta sección para cancelar la totalidad de la cobertura de Blue Shield de su cónyuge, pareja doméstica o hijo dependiente porque ya no son elegibles. Si alguno de los dependientes para los que se pide la cancelación todavía es elegible para recibir cobertura o si la cobertura se cancela de forma parcial (no es el caso de todos los planes), se debe completar y presentar un formulario de Rechazo de Cobertura para esos planes que se rechazan/cancelan.

Relación con el empleado ☐ Hijo dependiente ☐ Cónyuge/pareja doméstica	Motivo de la cancelación ☐ Divorcio ☐ Muerte ☐ Reclutamiento militar	☐ Otra cobertura de seguro ☐ Fin del acuerdo de convivencia en pareja	Fecha de la situación
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	Sufijo
Dirección (si no es igual a la del empleado)	Ciudad	Estado	Código postal

¿Desea cancelar la cobertura para todos los planes de Blue Shield? ☐ Sí ☐ No Si contesta "No", complete y adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura.

Relación con el empleado ☐ Hijo dependiente ☐ Cónyuge/pareja doméstica	Motivo de la cancelación ☐ Divorcio ☐ Muerte ☐ Reclutamiento militar	☐ Otra cobertura de seguro ☐ Fin del acuerdo de convivencia en pareja	Fecha de la situación
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	Sufijo
Dirección (si no es igual a la del empleado)	Ciudad	Estado	Código postal

¿Desea cancelar la cobertura para todos los planes de Blue Shield? ☐ Sí ☐ No Si contesta "No", complete y adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura.

Nombre del suscriptor		Número de identificación del suscriptor		Nombre del empleador/grupo	
Relación con el empleado ☐ Hijo dependiente ☐ Cónyuge/pareja doméstica		Motivo de la cancelación ☐ Divorcio ☐ Muerte ☐ Reclutamiento militar		☐ Otra cobertura de seguro ☐ Fin del acuerdo de convivencia en pareja	
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento		Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Primer nombre		Inicial del 2.º nombre		Apellido	
Dirección (si no es igual a la del empleado)		Ciudad		Estado	
				Código postal	

¿Desea cancelar la cobertura para todos los planes de Blue Shield? ☐ Sí ☐ No Si contesta "No", complete y adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura.

Cambios en el plan

Pedido de cambios en el plan

Para detallar los cambios de cobertura pedidos durante un período anual o especial de inscripción abierta, complete todas las secciones que siguen correspondientes a las opciones de planes médicos y planes especializados.

Planes de beneficios médicos: Consulte con su empleador para saber qué planes de beneficios están disponibles para usted.

☐ Ningún cambio en los beneficios médicos.

Planes de Paquetes Off-Exchange de Blue Shield of California

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

Planes de Paquetes Mirror de Blue Shield of California

- ☐ 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 7000/65 PCP + Child Dental Alt

* 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).

Planes de 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/\$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 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*

Información del empleado

Fecha de empleo a tiempo completo

Promedio de horas trabajadas por semana

Ingresos \$ _____
(sin incluir horas extras, bonificaciones, etc.)
☐ Hora ☐ Semana
☐ Mes ☐ Año

Fecha de recontractación

Clase/ocupación**

**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 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	

Nombre del suscriptor			Número de identificación del suscriptor		Nombre del empleador/grupo	
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	

Cantidades del beneficio para el empleado y los dependientes

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 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.

Si se transfiere a uno o más planes médicos HMO y/o dentales HMO, brinde información del médico de atención primaria o del proveedor dental a continuación.*

Complete esta sección para el suscriptor y todos sus dependientes si tienen un proveedor preferido. Si no detalla ningún proveedor, se le asignará uno a cada miembro inscrito.

Apellido	Inicial del 2.º nombre	Primer nombre	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento
Nombre del proveedor HMO	Número del proveedor HMO	Asociación de práctica independiente/grupo médico	¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del proveedor de Dental HMO	Número del proveedor de Dental HMO	Nombre del grupo dental	¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No	
Apellido	Inicial del 2.º nombre	Primer nombre	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento
Nombre del proveedor HMO	Número del proveedor HMO	Asociación de práctica independiente/grupo médico	¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del proveedor de Dental HMO	Número del proveedor de Dental HMO	Nombre del grupo dental	¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No	
Apellido	Inicial del 2.º nombre	Primer nombre	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento
Nombre del proveedor HMO	Número del proveedor HMO	Asociación de práctica independiente/grupo médico	¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del proveedor de Dental HMO	Número del proveedor de Dental HMO	Nombre del grupo dental	¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No	
Apellido	Inicial del 2.º nombre	Primer nombre	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento
Nombre del proveedor HMO	Número del proveedor HMO	Asociación de práctica independiente/grupo médico	¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del proveedor de Dental HMO	Número del proveedor de Dental HMO	Nombre del grupo dental	¿Es paciente actual? ☐ Sí ☐ No	

* 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 al azar. Para cambiar los médicos de atención primaria de HMO, visite [blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com) después de la inscripción.

Confirmación y firma

Confirmo y acepto lo siguiente: Toda la información que he brindado en este formulario es exacta y está completa hasta donde yo sé. Entiendo que este formulario, junto con cualquier otro formulario de inscripción previo, la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés)/ *Certificado de Seguro* y el Acuerdo de Servicios de Salud/Póliza, así como todas las garantías y anexos que correspondan a estos documentos, forman en conjunto el acuerdo de cobertura completo.

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 el dependiente que se inscribe han tenido una de las situaciones calificantes que se detallan en la *Evidencia de Cobertura* (EOC) y que tiene una prueba de esa situación en caso de que se la pidan.

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 _____

Nombre del empleado en letra de imprenta _____

Guarde una copia de este documento para sus registros.

Blue Shield of California protege la privacidad de su información personal, incluida la información sobre la salud que lo identifica individualmente. No revelaremos su información personal sin su autorización, excepto según lo que permita o exija la ley.

Para obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Blue Shield, llame al número de servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visite nuestro sitio web en blueshieldca.com/privacy.

ASEGÚRESE DE ENVIAR TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO.

La información o las páginas faltantes pueden demorar el procesamiento.

Complete su formulario de Pedido de Cambio para Suscriptores en blueshieldca.com.