



Formulario de Inscripción del Empleado para los Planes de Salud

Planes de Blue Shield para 101 empleados o más

Blue Shield of California y
Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)

Nota: Si no completa todo este formulario de inscripción en forma legible, es posible que se demore el proceso de inscripción.

Motivo de la aplicación:

<input type="checkbox"/> Contratación nueva	<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura. Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Inscripción tardía
<input type="checkbox"/> Recontratación. Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Otro tipo de situación calificante _____ Fecha en la que ocurrió la situación indicada _____

Sección 1: Reglas importantes sobre la inscripción en la cobertura de beneficios especializados

Seguro dental y de la vista: Un empleado puede inscribirse en un plan dental y/o de la vista sin inscribirse en un plan de salud. Para que un dependiente pueda inscribirse en un plan dental o de la vista, el empleado debe estar inscrito en el mismo plan dental o de la vista.

Sección 2. Plan(es) Seleccione y complete el o los nombres de los planes según corresponda.

Beneficios médicos sin opciones de planes de salud asociados a cuentas (ABHP, por sus siglas en inglés):

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

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

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

Beneficios especializados: Dental PPO _____ Dental HMO _____ Dental INO _____
 Vista* _____ Otro _____

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

† Los planes Full PPO Savings, Full EPO Savings, Tandem PPO Savings y Tandem EPO Savings son planes de salud con deducibles altos elegibles para una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés).

‡ Deben combinarse únicamente con un plan con HSA.

Nota: Blue Shield no brinda consejos sobre impuestos ni ofrece HSA, cuentas de reembolso de gastos médicos (HRA, por sus siglas en inglés), cuentas para el incentivo de la salud (HIA, por sus siglas en inglés), cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) ni cuentas de gastos flexibles de propósito limitado (LPFSA, por sus siglas en inglés).

Solo para uso interno. No escriba en esta sección y pase a la Sección 3.

Código del departamento	Identificación del grupo	Identificación del subgrupo	Identificación de clase	Fecha de comienzo
-------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------	-------------------

Sección 3: Información del empleado

N.º de Seguro Social o n.º de identificación del contribuyente	Nombre del empleador (grupo)
--	------------------------------

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

Situación de trabajo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado	Fecha de contratación: _____	Puesto/clasificación en el trabajo
--	------------------------------	------------------------------------

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

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

Número de teléfono celular	Número de teléfono fijo	Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)
----------------------------	-------------------------	--

Al brindar mi información de contacto en este formulario, acepto que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse conmigo para hablar 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 para hablar sobre mi cuenta y los distintos programas de salud y bienestar que están disponibles para mí, y sobre otra 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

Preferencia para los mensajes: Electrónicos En papel

Fecha de nacimiento _____ **Sexo** Masculino Femenino **Estado civil** Soltero Casado Pareja doméstica

Preferencia de idioma: Inglés Español Chino Vietnamita Farsi Otro _____

¿Inscribe a su cónyuge/pareja doméstica y/o a sus hijos dependientes? Sí No **Si contesta “Sí”, complete la Sección 4 del formulario.**

Información de proveedores HMO: Sitio web del directorio de Blue Shield of California: blueshieldca.com/fap/app/search.html

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

Sección 4: Información del cónyuge/pareja doméstica/hijos dependientes. Si usted, su cónyuge/pareja doméstica o sus dependientes rechazan la cobertura, complete y firme el formulario de Rechazo de Cobertura.

Dirección del dependiente, si es distinta de la del empleado; en ese caso, detalle a qué dependiente(s) corresponde:

Información del cónyuge/pareja doméstica que se inscribe	Se inscribe en (marque todo lo que corresponda)	Solo HMO y Added Advantage POS: nombre del médico de atención primaria	Solo Dental HMO: proveedor dental
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Primer nombre _____ Inicial del 2.º _____ Apellido _____ N.º de Seguro Social o n.º de identificación del contribuyente _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____	<input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Cobertura dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	Nombre del médico _____ Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor _____ Nombre del grupo médico/IPA _____ Número del grupo médico/IPA _____ ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor dental _____ Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor dental _____ ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preferencia para los mensajes <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel	Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)		

<p>Información del o de los hijos dependientes que se inscriben</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Primer nombre Inicial del 2.º</p> <p>Apellido</p> <p>N.º de Seguro Social o n.º de identificación del contribuyente</p> <p>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)</p> <p>¿Tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Preferencia para los mensajes <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel</p>	<p>Se inscribe en (marque todo lo que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Cobertura dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la vista</p>	<p>Solo HMO y Added Advantage POS: nombre del médico de atención primaria</p> <p>Nombre del médico</p> <p>Nombre</p> <p>Apellido</p> <p>Número de proveedor</p> <p>Nombre del grupo médico/IPA</p> <p>Número del grupo médico/IPA</p> <p>¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Solo Dental HMO: proveedor dental</p> <p>Nombre del proveedor dental</p> <p>Nombre</p> <p>Apellido</p> <p>Número de proveedor dental</p> <p>¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)</p>
<p>Información del o de los hijos dependientes que se inscriben</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Primer nombre Inicial del 2.º</p> <p>Apellido</p> <p>N.º de Seguro Social o n.º de identificación del contribuyente</p> <p>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)</p> <p>¿Tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Preferencia para los mensajes <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel</p>	<p>Se inscribe en (marque todo lo que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Cobertura dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la vista</p>	<p>Solo HMO y Added Advantage POS: nombre del médico de atención primaria</p> <p>Nombre del médico</p> <p>Nombre</p> <p>Apellido</p> <p>Número de proveedor</p> <p>Nombre del grupo médico/IPA</p> <p>Número del grupo médico/IPA</p> <p>¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Solo Dental HMO: proveedor dental</p> <p>Nombre del proveedor dental</p> <p>Nombre</p> <p>Apellido</p> <p>Número de proveedor dental</p> <p>¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)</p>
<p>Información del o de los hijos dependientes que se inscriben</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Primer nombre Inicial del 2.º</p> <p>Apellido</p> <p>N.º de Seguro Social o n.º de identificación del contribuyente</p> <p>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)</p> <p>¿Tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Preferencia para los mensajes <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel</p>	<p>Se inscribe en (marque todo lo que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Cobertura dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la vista</p>	<p>Solo HMO y Added Advantage POS: nombre del médico de atención primaria</p> <p>Nombre del médico</p> <p>Nombre</p> <p>Apellido</p> <p>Número de proveedor</p> <p>Nombre del grupo médico/IPA</p> <p>Número del grupo médico/IPA</p> <p>¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Solo Dental HMO: proveedor dental</p> <p>Nombre del proveedor dental</p> <p>Nombre</p> <p>Apellido</p> <p>Número de proveedor dental</p> <p>¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dirección electrónica (necesaria para las comunicaciones electrónicas)</p>

Sección 5. Autorización

La siguiente sección de autorización debe estar firmada por **todos** los empleados que pidan cobertura con Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield Life").

Esta inscripción no se puede procesar sin su autorización firmada.

Acepto que: Toda la información que he brindado en este formulario es correcta y verdadera hasta donde yo sé. Entiendo que es la base sobre la cual puede emitirse la cobertura del plan. Entiendo que, si he cometido fraude o he falseado intencionalmente cualquier hecho fundamental en relación con este formulario de aplicación, es posible que Blue Shield of California/Blue Shield Life tome alguna de las siguientes decisiones dentro de los primeros 24 meses de cobertura: que mi cobertura se cancele o que se anule mi cobertura después de enviarme un aviso 30 días antes. Entiendo que la cobertura no empezará hasta que este formulario de aplicación y el de mi empleador hayan sido aprobados por Blue Shield of California/Blue Shield Life.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Nombre del empleado en letra de imprenta _____

Además, autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución exigida (si la hay) para el costo de este plan.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Nombre del empleado en letra de imprenta _____

Para su protección, la ley de California exige que 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.

Revelación de la información personal y sobre la salud

En Blue Shield of California/Blue Shield Life, entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información personal y nos tomamos muy en serio nuestra obligación de proteger esa información. La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información personal sin importar el formato en el que esté (en papel, electrónico u oral). Esta declaración se aplica a la información personal que Blue Shield obtiene, crea y/o guarda sobre usted y sus dependientes cubiertos.

Al administrar su cobertura de Blue Shield, recopilamos, usamos y revelamos información sobre usted y sus dependientes cubiertos, y creamos registros sobre usted, sus tratamientos médicos y los servicios que le brindamos. La información de estos registros se llama información protegida sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés) e incluye información personal que le identifica individualmente, como su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguro Social, además de información relacionada con su salud, como diagnósticos médicos o información sobre reclamaciones.

Obtenemos la PHI sobre usted y/o sus dependientes cubiertos por medio de usted, según lo que usted nos indica y/o con su permiso. Además, obtenemos su PHI de otras fuentes según nos deje la ley; por ejemplo, de su proveedor de atención de la salud, una aseguradora, una organización de apoyo relacionada con los seguros, una organización de intercambio de información de la salud, un plan de salud o un agente de seguros. Usamos y revelamos su PHI para administrar su cobertura de Blue Shield y según nos deje o nos exija de otra manera la ley. Al hacerlo, podemos revelar su PHI a otros; por ejemplo, a un proveedor de atención de la salud, una aseguradora, una organización de apoyo relacionada con los seguros, una organización de intercambio de información de la salud, un plan de salud o su agente de seguros.

Blue Shield tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") que describe sus derechos de privacidad, nuestra obligación de proteger su privacidad, y cómo usamos su PHI con y sin su autorización específica. Cuando usamos o revelamos su PHI, estamos sujetos a los términos del Aviso, que se aplica a todos los registros que creamos, obtenemos y/o conservamos que contengan su PHI. Usted recibirá nuestro Aviso cuando se inscriba en la cobertura de seguro de Blue Shield. También puede obtener una copia de nuestro Aviso llamando al número de servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visitando nuestro sitio web en blueshieldca.com/en/home/about-blue-shield/privacy-and-security/hipaa-notice-privacy-practices.

La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud exijan o usen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.

Declaración del agente/corredor de seguros

Declaración del agente/corredor de seguros que brinda ayuda para presentar este formulario de aplicación: (1) Hasta donde yo sé, la información del formulario está completa y es correcta; y (2) le he explicado a la persona que aplica, de manera fácil de entender, el riesgo que significa para esta persona brindar información incorrecta, y entendió las explicaciones.

Firma del agente/corredor de seguros _____ Fecha _____

Si un agente o corredor de seguros intencionalmente declara como verdadero cualquier hecho fundamental que sabe que es falso, esa persona estará sujeta a una multa civil de hasta diez mil dólares (\$10,000), además de cualquier sanción o determinación disponible que corresponda de acuerdo con la ley actual. Cualquier fiscal puede presentar un proceso civil para imponer una multa civil. Estas multas se deben pagar al Insurance Fund (Fondo del Seguro).