



Formulario de Inscripción del Empleado para los Planes de Salud y de Seguro de Vida

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

Cobertura dental, de la vista y de seguro de vida: Un empleado puede inscribirse en un plan dental, de la vista o de seguro de vida 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. La inscripción en un seguro de vida debe cumplir con las siguientes normas:

1. La emisión de todas las cantidades de seguro de vida temporal básico para los empleados que se inscriben cuando son elegibles por primera vez para obtener beneficios está totalmente garantizada (no se exige la Evidencia de Asegurabilidad). Se exige la Evidencia de Asegurabilidad para las personas que se inscriben tarde.
2. En el caso del seguro de vida suplementario, se exige la Evidencia de Asegurabilidad para todas las cantidades que superen la emisión garantizada.
3. Un empleado debe estar inscrito en la cobertura del seguro de vida suplementario/por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés) para que su cónyuge/pareja doméstica o sus hijos dependientes sean elegibles para la cobertura del seguro de vida suplementario. Para ser elegibles para la cobertura del seguro de vida suplementario, el cónyuge/pareja doméstica y/o los hijos dependientes no deben estar cubiertos por el seguro de vida básico para dependientes.

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: Seguro de vida grupal temporal básico para empleados/AD&D* _____

Seguro de vida básico para dependientes* _____ Seguro de vida temporal suplementario* _____

Seguro AD&D temporal suplementario* _____ 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)		Cantidad del seguro de vida grupal temporal básico/AD&D:	
		Cantidad del seguro de vida básico para dependientes (todos los dependientes elegibles estarán cubiertos):	
Dirección postal (si es distinta de la dirección del hogar)		Cantidad del seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación):	
		Cantidad del seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación):	
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 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 <input type="checkbox"/> Seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____	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)		
Información del o de los hijos dependientes que se inscriben	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"/> 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) ¿Tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Cobertura dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la vista <input type="checkbox"/> Seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____	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)		

Sección 4: Información del cónyuge/pareja doméstica/hijos dependientes (continuación)

<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) ¿Tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Cobertura dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la vista <input type="checkbox"/> Seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____	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)	
<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) ¿Tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Cobertura dental <input type="checkbox"/> Cobertura de la vista <input type="checkbox"/> Seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación) \$ _____	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)	

Sección 5: Beneficiario del seguro de vida

Beneficiario principal: Blue Shield Life pagará los fondos reunidos al beneficiario principal. Si se nombra a más de una persona como beneficiario principal, los fondos reunidos se distribuirán en partes iguales entre aquellos beneficiarios principales que sobrevivan al asegurado, a menos que se especifique lo contrario en el campo de porcentaje de beneficios.

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	
N.º de Seguro Social o n.º de identificación del contribuyente	Relación	% de beneficios	Fecha de nacimiento
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	
N.º de Seguro Social o n.º de identificación del contribuyente	Relación	% de beneficios	Fecha de nacimiento
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal

Sección 5: Beneficiario del seguro de vida (continuación)

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

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	
N.º de Seguro Social o n.º de identificación del contribuyente	Relación	% de beneficios	Fecha de nacimiento
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	

Si el beneficiario es una entidad fiduciaria o una corporación, brinde el nombre y la fecha del acuerdo de fideicomiso y el estado donde se estableció la entidad.

Nombre de la entidad fiduciaria/corporación	Fecha del acuerdo de fideicomiso	Estado donde se estableció la entidad
---	----------------------------------	---------------------------------------

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.

Nombre del cónyuge/pareja doméstica en letra de imprenta: _____

Firma del cónyuge/pareja doméstica: _____ Fecha: _____

Sección 6. 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, un mercado de seguros de 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.

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 _____

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).



AVISOS DISPONIBLES EN INTERNET

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。