



Formulario de Inscripción del Empleado para los Planes 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

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) Elija el o los planes según corresponda.

<input type="checkbox"/> Seguro de vida grupal temporal básico para empleados/AD&D	<input type="checkbox"/> Seguro de vida básico para dependientes
<input type="checkbox"/> Seguro de vida temporal suplementario	<input type="checkbox"/> Seguro AD&D temporal suplementario

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		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 (obligatoria 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 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.

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

<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Primer nombre:		Inicial del 2.º	Apellido:	
	Preferencia para los mensajes: <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel			Dirección electrónica (obligatoria para las comunicaciones electrónicas)	
	N.º de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Cantidad del seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación):		Cantidad del seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación):

Información del o de los hijos dependientes que se inscriben

Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Primer nombre:		Inicial del 2.º	Apellido:	
	Preferencia para los mensajes (si tiene 12 años o más): <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel			Dirección electrónica (obligatoria para las comunicaciones electrónicas)	
	N.º de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Cantidad del seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación):		Cantidad del seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación):
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Primer nombre:		Inicial del 2.º	Apellido:	
	Preferencia para los mensajes (si tiene 12 años o más): <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel			Dirección electrónica (obligatoria para las comunicaciones electrónicas)	
	N.º de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Cantidad del seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación):		Cantidad del seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación):
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Primer nombre:		Inicial del 2.º	Apellido:	
	Preferencia para los mensajes (si tiene 12 años o más): <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel			Dirección electrónica (obligatoria para las comunicaciones electrónicas)	
	N.º de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Cantidad del seguro de vida suplementario (sujeto a aprobación):		Cantidad del seguro AD&D suplementario (sujeto a aprobación):

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	Apellido	
N.º de Seguro Social		Relación	% de beneficios	Fecha de nacimiento
Dirección				
Ciudad			Estado	Código postal
Primer nombre		Inicial del 2.º	Apellido	
N.º de Seguro Social		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	Apellido	
N.º de Seguro Social	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 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. 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 Life, entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información personal y nos tomamos muy en serio nuestra obligación de proteger esa información. Se 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 seguro de Blue Shield Life, recopilamos, usamos y revelamos información sobre usted y sus dependientes cubiertos, y creamos registros sobre usted y los servicios que le brindamos. La información de estos registros 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 información personal sobre usted y/o sus dependientes cubiertos por medio de usted, según lo que usted nos indica y/o con su permiso. Además, obtenemos esta información 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, un plan de salud o un agente de seguros. Usamos y revelamos su información personal para administrar su cobertura de seguro de Blue Shield Life y según nos deje o nos 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 Life tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad de la ley GLBA ("Aviso de GLBA") que describe sus derechos de privacidad, nuestra obligación de proteger su privacidad, y cómo usamos su información personal con y sin su autorización específica. Cuando usamos o revelamos su información personal, estamos sujetos a los términos del Aviso de GLBA, que se aplica a todos los registros que creamos, obtenemos y/o conservamos que contengan su información personal. Usted recibirá nuestro Aviso de GLBA cuando se inscriba en la cobertura de seguro de Blue Shield Life. También puede obtener una copia de nuestro Aviso de GLBA 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/globa-notice-privacy-practices.



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)**。