

Formulario de inscripción del empleado para pequeñas empresas

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

En vigor el 1 de octubre de 2015

Nota: La información faltante puede demorar el proceso.

Motivo de la solicitud (indique el motivo de su inscripción a continuación):

<input type="checkbox"/> Inscripción de un grupo nuevo Fecha de entrada en vigor del grupo: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Contratación nueva/recontratación Fecha de la contratación/recontratación: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta Fecha de renovación: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Inscripción en COBRA/Cal-COBRA
<input type="checkbox"/> Cónyuge/dependiente nuevo Fecha del matrimonio, el nacimiento o la adopción: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Otra circunstancia habilitante (especifique): _____ Fecha de la circunstancia habilitante: ____/____/____

Sección 1a: Selección del plan de salud. Seleccione un plan de salud en el paquete que ofrece su empleador.

Blue Shield of California Off Exchange Package for Small Business

<input type="checkbox"/> Platinum Full PPO 0 OffEx <input type="checkbox"/> Platinum Full PPO 150 OffEx <input type="checkbox"/> Gold Full PPO 0 OffEx <input type="checkbox"/> Gold Full PPO 750 OffEx <input type="checkbox"/> Gold Full PPO 1000 OffEx <input type="checkbox"/> Silver Full PPO 1250 OffEx <input type="checkbox"/> Silver Full PPO 1700 OffEx <input type="checkbox"/> Bronze Full PPO 3000 OffEx <input type="checkbox"/> Bronze Full PPO 4500 OffEx <input type="checkbox"/> Silver Full PPO HSA 2000 OffEx <input type="checkbox"/> Bronze Full PPO HSA 3500 OffEx <input type="checkbox"/> Bronze Full PPO HSA 5500 OffEx	<input type="checkbox"/> Platinum Access+ HMO® \$25 OffEx <input type="checkbox"/> Gold Access+ HMO® \$30 OffEx <input type="checkbox"/> Silver Access+ HMO® \$55 OffEx <input type="checkbox"/> Platinum Local Access+ HMO® \$25 OffEx <input type="checkbox"/> Gold Local Access+ HMO® \$30 OffEx <input type="checkbox"/> Silver Local Access+ HMO® \$55 OffEx Planes Trio ACO HMO: Red Trio ACO HMO <input type="checkbox"/> Platinum Trio ACO HMO \$25 OffEx <input type="checkbox"/> Gold Trio ACO HMO \$30 OffEx <input type="checkbox"/> Silver Trio ACO HMO \$55 OffEx
--	---

Blue Shield of California Mirror Package for Small Business

<input type="checkbox"/> Platinum 90 HMO Network 1 Mirror <input type="checkbox"/> Platinum 90 HMO Network 2 Mirror <input type="checkbox"/> Gold 80 HMO Network 1 Mirror <input type="checkbox"/> Gold 80 HMO Network 2 Mirror	<input type="checkbox"/> Silver 70 HMO Network 1 Mirror <input type="checkbox"/> Silver 70 HMO Network 2 Mirror <input type="checkbox"/> Bronze 60 PPO Mirror
--	---

Plan dental para niños* (obligatorio)

<input type="checkbox"/> Children's Dental HMO Pediatric for Small Business	<input type="checkbox"/> Children's Dental PPO Pediatric for Small Business
---	---

* Se debe seleccionar un plan dental para niños, ya que se proporciona junto con su cobertura de plan médico. Conforme a la ley federal y estatal, se debe emitir la cobertura dental para niños con la cobertura de plan de salud para todos los inscritos (incluso para los adultos).

Sección 1b: Beneficios especializados. Selección de planes dentales, de la vista y de seguro de vida

Si su empleador ofrece beneficios especializados, complete el Formulario de selección de beneficios del empleado para beneficios especializados adjunto a fin de seleccionar la cobertura de beneficios especializados.

Sección SB1: Beneficios dentales

Planes Dental HMO

<input type="checkbox"/> DHMO Basic	<input type="checkbox"/> DHMO Plus	<input type="checkbox"/> DHMO Deluxe	<input type="checkbox"/> DHMO Voluntary
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---

Planes Dental PPO

<input type="checkbox"/> Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000 <input type="checkbox"/> Ultimate Dental Plus PPO for Small Business 50/2000 <input type="checkbox"/> Smile SM Deluxe 2000 50/2000/No Ortho/MAC <input type="checkbox"/> Smile SM Deluxe Plus 2000 50/2000/Ortho/MAC <input type="checkbox"/> Smile SM Deluxe 50/1500/Ortho/MAC <input type="checkbox"/> Smile SM Deluxe Gold 50/1500/Ortho/U85	<input type="checkbox"/> Smile SM 50/1500/No Ortho/MAC <input type="checkbox"/> Smile SM Plus 50/1500/Ortho/MAC <input type="checkbox"/> Smile SM Value 50/1500/No Ortho/MAC <input type="checkbox"/> Smile SM Plus Gold 50/1500/Ortho/U85 <input type="checkbox"/> Smile SM Basic 75/1000/No Ortho/MAC <input type="checkbox"/> Smile SM Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC
--	---

Planes dentales Solo Dentro de la Red (INO, por sus siglas en inglés)*

<input type="checkbox"/> Smile SM INO Dental Plan 50/1500/Endo-Perio 80%/Ortho <input type="checkbox"/> Smile SM INO Dental Plan 50/1500/Endo-Perio 80%/No Ortho <input type="checkbox"/> Smile SM INO Dental Voluntary Plan 50/1500/Endo-Perio 50%/Ortho <input type="checkbox"/> Smile SM INO Dental Voluntary Plan 50/1500/Endo-Perio 50%/No Ortho	<input type="checkbox"/> Smile SM INO Dental Plan 50/2500/Endo-Perio 80%/Ortho <input type="checkbox"/> Smile SM INO Dental Plan 50/2500/Endo-Perio 80%/No Ortho <input type="checkbox"/> Smile SM INO Dental Voluntary Plan 50/2500/Endo-Perio 50%/Ortho <input type="checkbox"/> Smile SM INO Dental Voluntary Plan 50/2500/Endo-Perio 50%/No Ortho
--	--

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

Sección SB2: Cobertura de la vista

Cobertura de la vista*

Ultimate Vision for Small Business (12-12-12) <input type="checkbox"/> Ultimate Vision Plus 0/0/150/120 <input type="checkbox"/> Ultimate Vision 0/0/150 <input type="checkbox"/> Ultimate Vision Plus 15/25/150/120 <input type="checkbox"/> Ultimate Vision 15/25/150 <input type="checkbox"/> Ultimate Vision Voluntary 15/25/150 ¹ <input type="checkbox"/> Ultimate Vision 0/0/120 <input type="checkbox"/> Ultimate Vision 15/25/120	Preferred Vision for Small Business (12-12-24) <input type="checkbox"/> Preferred Vision Plus 0/0/150/120 <input type="checkbox"/> Preferred Vision 0/0/150 <input type="checkbox"/> Preferred Vision Plus 15/25/150/120 <input type="checkbox"/> Preferred Vision 15/25/150 <input type="checkbox"/> Preferred Vision 0/0/120 <input type="checkbox"/> Preferred Vision 15/25/120 <input type="checkbox"/> Preferred Vision Voluntary 15/25/120 ¹	Enhanced Vision for Small Business (12-24-24) <input type="checkbox"/> Enhanced Vision Plus 0/0/150/120 <input type="checkbox"/> Enhanced Vision 0/0/150 <input type="checkbox"/> Enhanced Vision Plus 15/25/150/120 <input type="checkbox"/> Enhanced Vision 15/25/150 <input type="checkbox"/> Enhanced Vision 0/0/120 <input type="checkbox"/> Enhanced Vision 15/25/120 <input type="checkbox"/> Enhanced Vision Voluntary 15/25/120 ¹
---	---	---

* Asegurada por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).
¹ Los planes de la vista voluntarios exigen la inscripción de un mínimo de tres empleados que reúnan los requisitos.

Sección SB3: Seguro de vida/por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés)

Seguro de vida grupal temporal*

Información del empleado				
Fecha de empleo a tiempo completo	Promedio de horas trabajadas por semana	Fecha de recontractación	Clase/ocupación	Ingresos \$ _____ (sin incluir horas extras, bonificaciones, etc.) <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año

Designación del beneficiario

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 más de un beneficiario principal. Indique 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 equitativamente a aquellos beneficiarios principales que sobrevivan al empleado. Para designar más de dos beneficiarios principales, indíquelo en otra hoja de papel, que debe estar firmada y fechada por el empleado, y adjúntela a este formulario.

Primer nombre e inicial del segundo	Inicial	Apellido	N.º de Seguro Social	Vínculo	Fecha de nacimiento	% de beneficios
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal	
Primer nombre e inicial del segundo	Inicial	Apellido	N.º de Seguro Social	Vínculo	Fecha de nacimiento	% de beneficios
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal	

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

Primer nombre e inicial del segundo	Inicial	Apellido	N.º de Seguro Social	Vínculo	Fecha de nacimiento	% de beneficios
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal	

Información sobre los montos de beneficios

Comuníquese con su administrador de beneficios para obtener más información sobre su cobertura de seguro de vida grupal. Se debe presentar la Evidencia de asegurabilidad para su aprobación correspondiente antes de que el empleado reúna los requisitos para la cobertura que sea superior a un determinado monto garantizado o cuando el empleado se inscriba fuera del período inicial de reunión de requisitos. La cobertura otorgada a las personas indicadas 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.

Monto del seguro de vida básico y por AD&D para empleados: \$ _____	Seguro de vida básico para dependientes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cantidad de dependientes que reúnen los requisitos: _____	Monto de la cobertura solicitada para dependiente(s): \$ _____ (El monto mínimo de la cobertura es \$1,000; el máximo es \$5,000).

* Asegurado por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).
A46897-SP

Sección 2: Información del suscriptor

Nota: De acuerdo con las pautas de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), se deben proporcionar los números de Seguro Social.

Número de Seguro Social		Nombre del empleador (grupo)		Identificación del grupo de Blue Shield	
Apellido		Primer nombre e inicial del segundo			Inicial
Dirección particular (física) (no se admiten casillas postales)		Ciudad	Estado	Código postal	

Apellido del suscriptor		Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social
Dirección postal (si difiere de la dirección particular)		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono laboral: ()	Número de teléfono particular: ()	Preferencia de idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		
Dirección electrónica (obligatoria)		¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? Blue Shield utilizará su método de preferencia cuando sea posible. <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo común <input type="checkbox"/> Teléfono: <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Particular		
Fecha de nacimiento: ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja conviviente	
¿Tiene algún hijo dependiente menor de 26 años que reúna los requisitos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántos? _____ ¿Cuántos se inscribirán? _____				

Situación laboral:

¿Trabaja de forma activa 30 horas o más por semana para este empleador? (empleado de tiempo completo) ☐ Sí ☐ No

¿Trabaja de forma activa entre 20 y 29 horas por semana para este empleador? (empleado de tiempo parcial) ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "No" en las dos preguntas anteriores, ¿es usted participante de COBRA actualmente o se inscribe debido a una circunstancia habilitante de COBRA? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", continúe con la Sección 3.

Si la respuesta es "No", indique la fecha de la contratación (tiempo completo o tiempo parcial si se mencionó arriba) ____/____/____ (si se aplica el período de orientación, la fecha de contratación será el primer día después de la finalización del período de orientación)

Puesto laboral/ clasificación _____

Sección 3: Asignación del médico personal de HMO/proveedor de Dental HMO

Esta sección solo es obligatoria si seleccionó un plan HMO. Si seleccionó un plan PPO, continúe con la Sección 4.

Selección del médico personal del plan HMO

¿Desea que Blue Shield designe un médico personal que se encuentre cerca de su domicilio o lugar de trabajo para usted y sus dependientes?

☐ Sí, deseo que Blue Shield designe un médico personal y/o proveedor de Dental HMO para mí y mis dependientes.

☐ No, deseo solicitar un médico personal y/o proveedor de Dental HMO específico para mí y mis dependientes (especifique a continuación).

* Nota: Si Blue Shield no puede asignar el médico personal y/o proveedor de Dental HMO que usted solicitó, Blue Shield designará un proveedor. Para cambiar los médicos personales de HMO, visite [blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com) después de la inscripción.

Nombre del médico personal de HMO	Número de proveedor	Nombre del grupo médico/IPA	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor de Dental HMO	Número de proveedor	Nombre del grupo Dental	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 4: Información de los dependientes

Nota: Si el empleado, cónyuge/pareja conviviente o niño(s) dependiente(s) rechazan la cobertura de cualquier producto que ofrezca el grupo, el empleado debe completar y firmar el formulario de Rechazo de cobertura personal que se encuentra al final de esta solicitud en vez de completar la sección a continuación. 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 indique lo contrario.

Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja conviviente	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)		¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre e inicial del segundo	Inicial	Apellido		Sufijo
Fecha de nacimiento ____/____/____	Dirección (si no es igual a la del empleado)			
Nombre del médico personal de HMO	Número de proveedor	Nombre de la IPA	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor de Dental HMO	Número de proveedor	Nombre del grupo Dental	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)		¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre e inicial del segundo	Inicial	Apellido		Sufijo
Fecha de nacimiento ____/____/____	Dirección (si no es igual a la del empleado)			
Nombre del médico personal de HMO	Número de proveedor	Nombre de la IPA	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor de Dental HMO	Número de proveedor	Nombre del grupo Dental	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Apellido del suscriptor	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social
-------------------------	---------------	----------------------------	-------------------------

Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre e inicial del segundo		Inicial	Apellido
Sufijo			
Fecha de nacimiento ____/____/____	Dirección (si no es igual a la del empleado)		
Nombre del médico personal de HMO		Número de proveedor	Nombre de la IPA
			¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor de Dental HMO		Número de proveedor	Nombre del grupo Dental
			¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre e inicial del segundo		Inicial	Apellido
Sufijo			
Fecha de nacimiento ____/____/____		Dirección (si no es igual a la del empleado)	
Nombre del médico personal de HMO		Número de proveedor	Nombre de la IPA
			¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor de Dental HMO		Número de proveedor	Nombre del grupo Dental
			¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre e inicial del segundo		Inicial	Apellido
Sufijo			
Fecha de nacimiento ____/____/____		Dirección (si no es igual a la del empleado)	
Nombre del médico personal de HMO		Número de proveedor	Nombre de la IPA
			¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor de Dental HMO		Número de proveedor	Nombre del grupo Dental
			¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre e inicial del segundo		Inicial	Apellido
Sufijo			
Fecha de nacimiento ____/____/____		Dirección (si no es igual a la del empleado)	
Nombre del médico personal de HMO		Número de proveedor	Nombre de la IPA
			¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor de Dental HMO		Número de proveedor	Nombre del grupo Dental
			¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Apellido del suscriptor	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social																								
<table border="1"> <tr> <td> Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal </td> <td> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino </td> <td> Número de Seguro Social (obligatorio) </td> <td> ¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Primer nombre e inicial del segundo</td> <td>Inicial</td> <td>Apellido</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fecha de nacimiento ____/____/____</td> <td colspan="2">Dirección (si no es igual a la del empleado)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre del médico personal de HMO</td> <td>Número de proveedor</td> <td>Nombre de la IPA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre del proveedor de Dental HMO</td> <td>Número de proveedor</td> <td>Nombre del grupo Dental</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td>¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>				Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Primer nombre e inicial del segundo		Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento ____/____/____		Dirección (si no es igual a la del empleado)		Nombre del médico personal de HMO		Número de proveedor	Nombre de la IPA	Nombre del proveedor de Dental HMO		Número de proveedor	Nombre del grupo Dental				¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																								
Primer nombre e inicial del segundo		Inicial	Apellido																								
Fecha de nacimiento ____/____/____		Dirección (si no es igual a la del empleado)																									
Nombre del médico personal de HMO		Número de proveedor	Nombre de la IPA																								
Nombre del proveedor de Dental HMO		Número de proveedor	Nombre del grupo Dental																								
			¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																								
<table border="1"> <tr> <td> Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal </td> <td> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino </td> <td> Número de Seguro Social (obligatorio) </td> <td> ¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Primer nombre e inicial del segundo</td> <td>Inicial</td> <td>Apellido</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fecha de nacimiento ____/____/____</td> <td colspan="2">Dirección (si no es igual a la del empleado)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre del médico personal de HMO</td> <td>Número de proveedor</td> <td>Nombre de la IPA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre del proveedor de Dental HMO</td> <td>Número de proveedor</td> <td>Nombre del grupo Dental</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td>¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>				Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Primer nombre e inicial del segundo		Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento ____/____/____		Dirección (si no es igual a la del empleado)		Nombre del médico personal de HMO		Número de proveedor	Nombre de la IPA	Nombre del proveedor de Dental HMO		Número de proveedor	Nombre del grupo Dental				¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																								
Primer nombre e inicial del segundo		Inicial	Apellido																								
Fecha de nacimiento ____/____/____		Dirección (si no es igual a la del empleado)																									
Nombre del médico personal de HMO		Número de proveedor	Nombre de la IPA																								
Nombre del proveedor de Dental HMO		Número de proveedor	Nombre del grupo Dental																								
			¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																								
<table border="1"> <tr> <td> Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal </td> <td> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino </td> <td> Número de Seguro Social (obligatorio) </td> <td> ¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Primer nombre e inicial del segundo</td> <td>Inicial</td> <td>Apellido</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fecha de nacimiento ____/____/____</td> <td colspan="2">Dirección (si no es igual a la del empleado)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre del médico personal de HMO</td> <td>Número de proveedor</td> <td>Nombre de la IPA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre del proveedor de Dental HMO</td> <td>Número de proveedor</td> <td>Nombre del grupo Dental</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td>¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>				Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Primer nombre e inicial del segundo		Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento ____/____/____		Dirección (si no es igual a la del empleado)		Nombre del médico personal de HMO		Número de proveedor	Nombre de la IPA	Nombre del proveedor de Dental HMO		Número de proveedor	Nombre del grupo Dental				¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de dependiente: <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Otro niño dependiente: tutela legal	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (obligatorio)	¿Se inscribe en todos los productos que el suscriptor seleccionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿adjuntó el formulario de Rechazo de cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																								
Primer nombre e inicial del segundo		Inicial	Apellido																								
Fecha de nacimiento ____/____/____		Dirección (si no es igual a la del empleado)																									
Nombre del médico personal de HMO		Número de proveedor	Nombre de la IPA																								
Nombre del proveedor de Dental HMO		Número de proveedor	Nombre del grupo Dental																								
			¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																								

Sección 5: Información relacionada con otro plan de salud. Si se inscribe debido a la pérdida de cobertura de un plan de salud previo y/o a fin de recibir crédito para cualquier período de espera del empleador, debe presentar documentación para verificar la fecha de la circunstancia habilitante.

¿Alguna de las personas que solicita cobertura tiene actualmente cobertura de salud o tuvo cobertura de salud en algún momento durante los últimos seis (6) meses? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", especifique la aseguradora: _____

Tipo de cobertura: ☐ Grupal ☐ Individual ☐ Medicare ☐ Covered California/State Health Insurance Exchange (Mercado estatal de seguros de salud)
☐ Otro (especifique): _____

N.º de póliza/identificación _____ Fecha de inicio de la cobertura: ____/____/____ Fecha de finalización (si la cobertura está activa, deje el espacio en blanco): ____/____/____

Indique los nombres de todos los suscriptores y miembros dependientes que estén o hayan estado inscritos en la cobertura de salud que identificó arriba:	¿Se adjuntó la documentación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Apellido del suscriptor	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social
-------------------------	---------------	----------------------------	-------------------------

Sección 6: Continuación de la cobertura grupal de COBRA o Cal-COBRA

Complete esta sección solo si se inscribe para 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 reúnen los requisitos para continuar esa cobertura con Blue Shield durante el resto del plazo permitido a través de COBRA y/o Cal-COBRA (según corresponda). Se debe presentar una constancia de inscripción como participante de COBRA/Cal-COBRA.

Proporcione el nombre del empleado mediante el cual se obtuvo la cobertura grupal antes de la circunstancia habilitante, a fin de poder reunir los requisitos para la continuación de la cobertura de COBRA o Cal-COBRA.

Apellido del empleado	Primer nombre del empleado e inicial del segundo	Inicial
Identificación de Blue Shield del empleado/suscriptor (si corresponde)	Fecha de la circunstancia habilitante original ____ / ____ / ____	

Motivo de la circunstancia habilitante:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cese del empleo o reducción de horas (último día trabajado) | <input type="checkbox"/> Alcance de la edad máxima por parte de un niño dependiente |
| <input type="checkbox"/> Cese del empleo o reducción de horas por discapacidad | <input type="checkbox"/> Muerte del empleado cubierto |
| <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal | <input type="checkbox"/> Fin del acuerdo de convivencia en pareja |
| <input type="checkbox"/> Derecho a beneficios de Medicare por parte del empleado cubierto | |

Sección 7: Revelación de la información personal y sobre la salud

En Blue Shield of California, comprendemos la importancia de mantener la privacidad de su información personal y tomamos con seriedad nuestra obligación de proteger dicha información. Blue Shield protege la privacidad y la seguridad de la información personal que mantenemos, 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, de usted, según sus indicaciones y/o con su permiso. Además, la ley federal y estatal nos permite obtener su información personal de otras fuentes; por ejemplo, de su proveedor de atención de la salud, aseguradora, organización de apoyo en materia de seguros, plan de salud o agente de seguros. Usamos y revelamos su información personal para administrar su cobertura de Blue Shield, y según lo permita o exija de otro modo la ley. En consecuencia, podemos revelar su información personal a terceros; por ejemplo, a un proveedor de atención de la salud, una aseguradora, una organización de apoyo en materia de seguros, un plan de salud o a su agente de seguros. Blue Shield no revelará su información personal sin su autorización, salvo en la medida en que la ley lo permita o lo exija.

Blue Shield debe proporcionarle 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 para la cobertura de Blue Shield. Asimismo, puede obtener una copia de nuestro Aviso llamando al número de servicio al cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visitando nuestro sitio web en blueshieldca.com/bsca/documents/about-blue-shield/privacy.

Reconocimiento y firma

Reconozco y acepto lo siguiente: Toda la información que he proporcionado en este formulario de inscripción es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que constituye la base sobre la cual puede emitirse la cobertura conforme al plan. Entiendo que, si he cometido fraude o he tergiversado 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 determinaciones: que se cancele la cobertura, que se modifiquen las primas correspondientes, o que, previo aviso, se anule la cobertura. Asimismo, autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución (si la hubiera) exigida como aporte para el costo de este plan.

Entiendo que la cobertura no entrará en vigor hasta que esta solicitud y la de mi empleador hayan sido aprobadas por Blue Shield of California.

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 proceso.
Para planes existentes de Blue Shield, visite blueshieldca.com.**

Formulario de Rechazo de cobertura

Complete este formulario si usted, su cónyuge, pareja conviviente 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 conservar una copia de este formulario para entregársela a Blue Shield cuando lo solicite). Complete a máquina o en letra de imprenta. Use tinta negra. ***Nota: Se debe proporcionar el número de Seguro Social del empleado para todos los empleados y dependientes que reúnan los requisitos.**

Nombre del empleado	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Nombre del empleador (grupo)	Fecha de contratación ____/____/____	Estado de residencia
Estado civil Casado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pareja conviviente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puesto laboral	
¿Es el empleado un empleado de tiempo completo que trabaja, al menos, 30 horas por semana para este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es el empleado un empleado de tiempo parcial que trabaja, al menos, 20 horas por semana para este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Renuncia a la cobertura:

Renuncio a la cobertura del plan de salud para:

- ☐ Para mí y todos mis dependientes
- ☐ Mi cónyuge/pareja conviviente solamente
 - ☐ Mis hijos solamente
 - ☐ Mi cónyuge/pareja conviviente y mis hijos solamente
 - ☐ Los siguientes dependientes solamente:

Si se ofrece un plan dental, renuncio a esa cobertura para:

- ☐ Para mí y todos mis dependientes
- ☐ Mi cónyuge/pareja conviviente
 - ☐ Mis hijos
 - ☐ Mi cónyuge/pareja conviviente y mis hijos
 - ☐ Los siguientes dependientes solamente:

Si se ofrece un plan de la vista, renuncio a esa cobertura para:

- ☐ Para mí y todos mis dependientes
- ☐ Mi cónyuge/pareja conviviente
 - ☐ Mis hijos
 - ☐ Mi cónyuge/pareja conviviente y mis hijos
 - ☐ Los siguientes dependientes solamente:

Si se ofrece un plan de seguro de vida, renuncio a esa cobertura para:

- ☐ Para mí y todos mis dependientes
- ☐ Mi cónyuge/pareja conviviente y mis hijos

Razón por la que renuncia a la cobertura

COBERTURA DE SALUD QUE OFRECE OTRO EMPLEADOR

- ☐ Se inscribe como dependiente en este plan de salud grupal
- ☐ Está cubierto por otro plan de salud que ofrece este empleador (a través de otra aseguradora)
- ☐ Está cubierto por un plan de salud que ofrece otro empleador (p. ej., por medio de su cónyuge/pareja conviviente)
- Nombre de la aseguradora _____
- N.º de identificación _____
- ☐ Está cubierto por TRICARE

COBERTURA DE SALUD QUE NO OFRECE UN EMPLEADOR

- ☐ Está cubierto por un plan de salud individual
- Nombre de la aseguradora _____
- N.º de identificación _____
- ☐ Está cubierto por Covered California u otro mercado estatal de seguros de salud
- ☐ Está cubierto por Medicare, Medi-Cal o el Healthy Families Program
- ☐ Otro _____

OTRA COBERTURA DENTAL

- ☐ Se inscribe como dependiente en este plan dental grupal
- ☐ Está cubierto por un plan dental que ofrece otro empleador (p. ej., por medio de su cónyuge/pareja conviviente)
- Nombre de la aseguradora _____
- N.º de identificación _____
- ☐ Otro _____

OTRA COBERTURA DE LA VISTA

- ☐ Se inscribe como dependiente en este plan de la vista grupal
- ☐ Está cubierto por un plan de la vista que ofrece otro empleador (p. ej., por medio de su cónyuge/pareja conviviente)
- Nombre de la aseguradora _____
- N.º de identificación _____
- ☐ Otro _____

OTRA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA

- ☐ Está cubierto por una cobertura de seguro de vida que ofrece otro empleador (p. ej., por medio de su cónyuge/pareja conviviente)
- Nombre de la aseguradora _____
- N.º de identificación _____
- ☐ Otro _____

Declaro que mi empleador me ha explicado qué cobertura se encuentra a mi disposición y sé que tengo pleno derecho a inscribirme en esta cobertura, y he decidido no inscribirme y/o no inscribir a mi(s) dependiente(s), si los hubiera. En este momento, renuncio a inscribirme, así como a inscribir a mi cónyuge/pareja conviviente y/o a mi(s) hijo(s) dependiente(s) en el plan de salud grupal que ofrece mi empleador. He tomado esta decisión de forma voluntaria y nadie ha tratado de influir en ella ni me ha presionado para que renuncie a la cobertura.

Si rechazo inscribirme o inscribir a mis dependientes porque tengo otra cobertura de salud o porque el empleador dejará de aportar en esta cobertura, acepto que puedo inscribirme e inscribir a mis dependientes en este plan si lo solicito en el curso de los 31 días (60 días en caso de haber perdido la cobertura de Medi-Cal o de Healthy Families) posteriores a la finalización de mi otra cobertura o la de mis dependientes, o bien después de que el empleador deje de aportar en la otra cobertura.

Asimismo, si incorporo a un nuevo dependiente como resultado 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 solicitamos dicha cobertura en el curso de los 31 días posteriores al matrimonio o acuerdo de convivencia en pareja, nacimiento, adopción o acogida con fines adoptivos. También acepto que, cuando mis dependientes o yo reunamos los requisitos para inscribirnos en los programas de ayuda en el pago de las primas Healthy Families o Medi-Cal, mis dependientes o yo podremos solicitar la inscripción en el plan de salud de mi empleador si solicitamos dicha cobertura en el curso de los 60 días posteriores a haber recibido el aviso de aceptación para participar en dichos programas de ayuda en el pago de las primas.

Si he indicado anteriormente que la razón por la que renuncio a la cobertura para mí o para mi(s) dependiente(s) es la existencia de una 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 solicitar la inscripción para mí y/o para mi(s) dependiente(s) en el plan de beneficios de salud de mi empleador en el curso de los 31 días posteriores. De lo contrario, comprendo 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 transcurrido 12 meses, entre ambas opciones, la que ocurra primero.

Firma del empleado

Fecha

Nombre en letra de imprenta