

Solicitud del empleado

Planes de Blue Shield para 51 empleados o más

C15390-SP (10/06)

blue  of california

[blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com)

ES MUY IMPORTANTE QUE RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS

Solicitud del empleado

- 1 Por favor, asegúrese de responder a todas las preguntas de manera completa y precisa, en la medida de lo posible.
- 2 Marque la(s) casilla(s) para indicar su selección de cobertura y complete el nombre del plan según corresponda.
(Example: Access+ HMO 5-0 Inpatient
or Shield Spectrum PPO Plan 500-90/70)
- 3 Marque la casilla "Inscripción en Cobertura Médica" para cada dependiente incluido en esta sección. En el espacio provisto, enumere a todos los dependientes que califican y que usted desea inscribir (incluso el cónyuge o compañero doméstico), sus fechas de nacimiento, Número de Seguro Social y el vínculo con el empleado. La inscripción para el compañero doméstico solamente estará disponible si su empleador ha elegido ofrecer esta opción. **Si usted opta por un Access+ HMO® o un Added Advantage POSSM, deberá elegir un Médico de Atención Primaria.** Favor de ingresar el Número de Proveedor y el Número de IPA. Favor de observar las pautas importantes de inscripción para servicios dentales que se describen a continuación.

Por cada dependiente mayor de 18 años, deberá marcar la opción "Si" en la casilla correspondiente a "Estudiante de tiempo completo". Para que los hijos dependientes de entre 19 y 24 años califiquen, tendrán que estar matriculados a tiempo completo en una universidad (mínimo de 12 unidades) o en una escuela de oficios. Blue Shield of California/Blue Shield Life considerará la información completa que usted aporte como una certificación de que el dependiente es un estudiante de tiempo completo. La cobertura para los dependientes mayores de 18 años que sean estudiantes de tiempo completo no está disponible para los dependientes de guardianes legales.

Pautas importantes de inscripción para servicios dentales

Debe marcar la casilla "Inscripción en Cobertura Dental" para cada dependiente incluido en la Sección 3 de la Solicitud del empleado para que cada dependiente esté cubierto.

Dental PPO

- La inscripción de un empleado en un plan de salud de Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) no exige seleccionar un plan Dental PPO.
- Si usted está inscrito en un plan de salud de Blue Shield of California/Blue Shield Life y selecciona un plan Dental PPO, los beneficios dentales le corresponderán a usted y a los dependientes inscritos en el plan de salud.
- Cualquier dependiente que califique y no esté cubierto por el plan de salud para el empleado de Blue Shield of California/Blue Shield Life no estará cubierto por el plan Dental PPO del empleado.

Dental HMO

- La inscripción de un empleado en un plan de salud de Blue Shield of California/Blue Shield Life no exige seleccionar un plan Dental HMO.
- Para inscribirse en un plan Dental HMO, **usted debe vivir o trabajar lo suficientemente cerca de un Proveedor Dental participante como para garantizar un acceso razonable a la atención, según lo establece el Plan.**
- Consulte el Directorio de Proveedores Dentales de Dental HMO para averiguar las áreas de servicio.

- 4 El empleado debe firmar y fechar la autorización para la deducción de nómina y la revelación de información personal. Blue Shield of California/Blue Shield Life no puede procesar la solicitud sin la autorización firmada.

®Access+ HMO y Access Baja son marcas registradas de Blue Shield of California. Active Choice, Added Advantage, Member Select y Shield Spectrum PPO son marcas de servicio registradas de Blue Shield of California. ®Marca registrada de la Asociación BlueCross BlueShield y una asociación de Planes Independientes de Blue Cross y Blue Shield

Formulario de rechazo de cobertura personal

Este formulario (que se encuentra en la última página de esta solicitud) deberá ser utilizado por todos los empleados que renuncien a su propia cobertura o a la de sus dependientes.

Ingrese el nombre del empleado. Marque la casilla correspondiente si usted, su cónyuge o dependiente(s) renuncia(n) a la cobertura médica o dental. Marque la casilla que describa el motivo por el cual usted rechaza su cobertura, la de su cónyuge o su(s) dependiente(s). Indique el nombre del otro proveedor de seguro médico o dental con el cual usted o sus dependientes tienen cobertura. **Escriba la fecha y firme si usted ha rechazado la cobertura personal o la de sus dependientes.**

Exclusión por afección preexistente

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que establece los casos en que puede excluirse la cobertura debido a afecciones preexistentes. De acuerdo con esta ley, si la cobertura médica de una persona se termina y dicha persona se inscribe en una nueva cobertura médica dentro de los 63 días (sin contar los períodos de espera), la nueva cobertura debe acreditar el tiempo que dicha persona estuvo inscrita en la cobertura anterior para la exclusión por afección preexistente de la nueva cobertura. Además, la ley del estado requiere que el tiempo que una persona estuvo inscrita en una cobertura anterior sea acreditado, si dicha persona se inscribe en una nueva cobertura dentro de los 180 días (sin contar los períodos de espera), siempre y cuando la "cobertura acreditable anterior" fuera una cobertura patrocinada por el empleador.

Los planes Shield Spectrum PPOSM, Shield Spectrum PPO Savings Plus y Blue Shield Life Active ChoiceSM excluyen las afecciones preexistentes. Las afecciones preexistentes solamente tendrán cobertura si usted ha estado cubierto durante seis (6) meses consecutivos contando el período de espera de su empleador actual, si lo hubiera. La afección preexistente no se aplica a:

- beneficios del embarazo;
- los niños recién nacidos o adoptados que tenían cobertura acreditable previa dentro de los treinta (30) días de su nacimiento, adopción o entrega en adopción y que se inscribieron en uno de los planes de Blue Shield of California o Blue Shield Life dentro de los sesenta y tres (63) días de dicha cobertura acreditable previa (sin contar los períodos de espera);
- los empleados y dependientes que estaban válidamente cubiertos por la cobertura de salud grupal previa del empleador actual al momento en que se dio fin a esa cobertura y que se inscriben en la fecha de entrada en vigencia original del plan de Blue Shield of California o Blue Shield Life Health dentro de los 60 días de la terminación de dicha cobertura previa.

Para obtener crédito por una cobertura acreditable previa, obtenga un "Certificado de Cobertura Acreditable" de su empleador, aseguradora o plan de salud anteriores y envíe el certificado a Blue Shield of California/Blue Shield Life. Si necesita ayuda, favor de contactar a su Representante de Servicios al Cliente de Blue Shield.

Blue Shield of California/Blue Shield Life protege la confidencialidad y privacidad de su información personal y de salud. La información personal y de salud incluye tanto la información médica como la información que lo identifica individualmente, tal como su nombre, dirección, número de teléfono y Número de Seguro Social. No revelaremos esta información, excepto en la medida en que la ley lo permita.

Access Baja® HMO

- Para inscribirse en el Access Baja HMO, usted debe vivir o trabajar dentro del área de servicio de Access Baja para garantizar un acceso razonable a la atención.
- Consulte el Directorio de Farmacias y Proveedores de Access Baja HMO para elegir a su Médico de Atención Primaria y recibir información sobre el área de servicio.
- Usted debe entender las normas de atención tal como se reflejan en el Formulario de Revelación.

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

Nueva Inscripción Recontratación

RESERVAR LAS ÁREAS SOMBRADAS PARA USO INTERNO

Información del empleado (Favor de escribir a máquina o en letra de molde clara. Use tinta negra.)											
PERSONAL	Número De Seguro Social			Nombre Del Empleador (Grupo)		Código Dpto.		Número De Grupo		Billing Unit	
	Apellido			Nombre		Inicial Del Segundo Nombre	Fecha de vigencia			RSN	
	Dirección Postal			Ciudad		Estado	Código Postal	S	TOC	NP	PKG
	Dirección Física Del Hogar			Ciudad		Estado		Código Postal		Cantidad De Vida/AD&D (Seguro De Vida/muerte Accidental Y Desmembramiento)	
	Teléfono Particular			Fecha de Contratación a Tiempo Completo			Dirección De Correo Electrónico				
				Mes Día Año							
	¿Cómo preferiría que lo contactáramos? Elija una de las siguientes opciones: <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo Común <input type="checkbox"/> Teléfono Blue Shield of California/Blue Shield Life utilizará su método de preferencia cuando sea posible.						¿Es usted un empleado de tiempo completo que trabaja activamente al menos 30 horas semanales para este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, favor de explicar.				
	Fecha de nacimiento		Sexo	ESTADO CIVIL:		Language Preference:		Marque la casilla "Sí" si se agregan una o más hojas adicionales a esta Solicitud. <input type="checkbox"/> Sí			
Mes Día Año		M F	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Compañero doméstico		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro						
ACCESS+ HMO & ADDED ADVANTAGE POS – Nombre del Médico de Atención Primaria:			Proveedor n.º			IPA/MG n.º		¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
SOLO DENTAL HMO – Nombre del Proveedor Dental:					Proveedor DENTAL n.º						

Si usted, su cónyuge o su(s) dependiente(s) rechaza(n) la cobertura, favor de completar y firmar al dorso.

<p>2 Marque el (los) Plan(es) y complete con el nombre del plan según corresponda (consulte las Pautas Importantes de la Página 2).</p> <p>(Planes para 51 empleados o más)</p> <p>Beneficios Médicos</p> <p><input type="checkbox"/> Access+ HMO _____</p> <p><input type="checkbox"/> Added Advantage POS _____</p> <p><input type="checkbox"/> Access Baja HMO _____</p> <p><input type="checkbox"/> Active Choice* _____</p> <p><input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO _____</p> <p><input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Savings Plus¹ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>(Planes para 300 empleados o más)</p> <p><input type="checkbox"/> Member SelectSM _____</p> <p><input type="checkbox"/> 100/50 PPO Plan A or B _____</p> <p>Beneficios opcionales</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de Vida solamente* _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dental PPO _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dental HMO _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vision _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p>	<p>Opciones de Ahorros Impositivos (Para uso exclusivo de Blue Shield) Favor de indicar si planea inscribirse en alguna de las siguientes opciones (marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA), por medio de (nombre de la institución financiera): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Arreglo de Reembolso Médico (HRA), por medio de (nombre de la institución financiera): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cuenta de Gastos Flexible (FSA), por medio de (nombre de la institución financiera): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Plan Premium Único, por medio de (nombre de la institución financiera): _____</p> <p>Nota: Blue Shield no ofrece asesoramiento impositivo ni cuentas HSA, HRA o FSA.</p>
---	--

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

¹ Los planes Shield Spectrum PPO Savings Plus son planes de salud con deducibles altos que califican para una Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés).

3 INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE: Los solicitantes del Access+ HMO y del Added Advantage POS deben elegir un médico de atención primaria que pertenezca al directorio de hospitales y médicos del Blue Shield Access+ HMO. Los solicitantes del Dental HMO deben elegir un proveedor dental incluido en el directorio de proveedores dentales de Dental HMO. Puede elegir un médico de atención primaria Access+ HMO diferente para cada miembro de la familia. Asegúrese de incluir el número de proveedor y número de IPA de cada médico de atención primaria y el número de cada proveedor dental. Para el Access Baja HMO, favor de consultar la Página 2.

Dirección del dependiente si es diferente de la del empleado:

¿Tiene usted dependientes que califican? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se están inscribiendo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, favor de completar el formulario de rechazo de la cobertura personal	Inscripción en	Access + HMO y Added Advantage POS Solamente – Nombre del Médico de Atención Primaria	¿Paciente actual?	Dental HMO Solamente – Proveedor Dental	¿Paciente Actual?
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero Doméstico <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nombre _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Cobertura Dental	Nombre del Médico: _____ (nombre) _____ (apellido) Proveedor n.º _____ IPA/MG n.º _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Proveedor Dental: Proveedor Dental n.º _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Estudiante de tiempo completo? (Para mayores de 18 años) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija Nombre _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Cobertura Dental	Nombre del Médico: _____ (nombre) _____ (apellido) Proveedor n.º _____ IPA/MG n.º _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Proveedor Dental: Proveedor Dental n.º _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Estudiante de tiempo completo? (Para mayores de 18 años) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija Nombre _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Cobertura Dental	Nombre del Médico: _____ (nombre) _____ (apellido) Proveedor n.º _____ IPA/MG n.º _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Proveedor Dental: Proveedor Dental n.º _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Estudiante de tiempo completo? (Para mayores de 18 años) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija Nombre _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Cobertura Dental	Nombre del Médico: _____ (nombre) _____ (apellido) Proveedor n.º _____ IPA/MG n.º _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Proveedor Dental: Proveedor Dental n.º _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Estudiante de tiempo completo? (Para mayores de 18 años) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

4 AUTORIZACIÓN: La siguiente sección de autorización debe ser firmada por todos los empleados que soliciten la cobertura

*Acepto: que toda la información contenida en este formulario es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que es la base sobre la cual se emitirá la cobertura de acuerdo con este plan. Entiendo que si he tergiversado u omitido cualquier hecho material, mi cobertura puede ser cancelada, o el contrato con mi empleador, rescindido. Autorizo, además, a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución (si corresponde) exigida como aporte para el costo de este plan.

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

Autorización para revelar información personal: Al firmar al pie, usted autoriza a cualquier "proveedor de atención", compañía de seguros, plan o su agente o representante de Blue Shield of California a revelar a Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (a las que individual o colectivamente se denominan "Blue Shield"), o a sus representantes, y viceversa, toda la "información médica" (tal como estos términos aparecen definidos en el Código Civil de California) con respecto a usted y a los miembros de su familia que soliciten la cobertura, incluso la información médica sobre drogadicción/alcoholismo o afecciones mentales/emocionales. Esta información puede ser utilizada a los efectos de evaluar esta solicitud, determinar la elegibilidad y las reclamaciones de beneficios, la garantía de calidad, la revisión por pares o las funciones administrativas razonablemente relacionadas con la ejecución y administración de este Acuerdo/Póliza. Además, usted autoriza a Blue Shield of California a obtener información personal y de registros médicos (tal como estos términos aparecen definidos en el Código de Seguros de California) de una fuente institucional o de una organización de apoyo de seguros que recopilan este tipo de información con el fin de determinar la elegibilidad para la cobertura. Esta autorización será válida según lo siguiente: (1) durante 30 meses desde la fecha de autorización para procesar la solicitud, rehabilitación de la póliza o solicitud de cambio en los beneficios de la póliza y (2) para todas las demás actividades contempladas en la póliza, durante el plazo de cobertura o durante el tiempo necesario para procesar las reclamaciones que se producen durante el período de la cobertura. Usted entiende que tiene derecho a una copia de este formulario y que una fotocopia es tan válida como el original.

*** Yo, el solicitante, declaro que he leído y comprendido esta Solicitud en su totalidad.**

Firma del empleado X _____ Fecha X _____

Nombre del empleado en letra de molde

X _____

RECHAZO DE COBERTURA PERSONAL

(Complete si usted, su cónyuge, compañero doméstico o dependiente(s)

rechazan la cobertura del plan médico y/o dental de Blue Shield of California/Blue Shield Life ofrecida por su empleador)

Favor de escribir en letra de molde

Nombre del Empleado	Número de Seguro Social
Nombre del Empleador (Grupo)	Número de Grupo
Renuncia a la Cobertura para: <input type="checkbox"/> Renuncio a la cobertura del plan de salud para mí, mi cónyuge/compañero doméstico y todos mis dependientes. <input type="checkbox"/> Renuncio a la cobertura del plan de salud para: <input type="checkbox"/> Mi cónyuge/compañero doméstico solamente <input type="checkbox"/> Mis hijos solamente <input type="checkbox"/> Mi cónyuge/compañero doméstico e hijos <input type="checkbox"/> Los siguientes dependientes únicamente: _____ <input type="checkbox"/> Si se ofrece cobertura dental, renuncio a la cobertura dental para mí, mi cónyuge y todos mis dependientes. <input type="checkbox"/> Renuncio a la cobertura del plan dental para: <input type="checkbox"/> Mi cónyuge/compañero doméstico solamente <input type="checkbox"/> Mis hijos solamente <input type="checkbox"/> Mi cónyuge/compañero doméstico e hijos <input type="checkbox"/> Los siguientes dependientes únicamente: _____ _____	Razón por la que Renuncia a la Cobertura <input type="checkbox"/> Está cubierto por un plan de salud de otro empleador (p. ej.: a través del cónyuge/compañero doméstico) Nombre y número de identificación de la compañía de seguros _____ <input type="checkbox"/> Está cubierto por un Plan de Salud Individual Nombre de la compañía de seguros _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cubierto por TRICARE <input type="checkbox"/> Ninguna otra cobertura médica de empleador <input type="checkbox"/> Cubierto por otro plan dental Nombre y número de identificación de la compañía de seguros _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ _____ _____ _____
<p>Declaro que mi empleador me ha explicado la cobertura que se encuentra a mi disposición y sé que tengo pleno derecho a inscribirme en esta cobertura y he decidido no inscribirme ni inscribir tampoco a mi(s) dependiente(s), si los hubiera. En este momento, renuncio a inscribirme, así como a inscribir a mi cónyuge/compañero doméstico y/o a mi(s) dependiente(s), en el plan de salud Blue Shield of California/Blue Shield Life de mi empleador. He tomado esta decisión de forma voluntaria y nadie ha tratado de influir en mi decisión ni me ha presionado para que yo renuncie a la cobertura.</p> <p>Si incorporo a un nuevo dependiente como resultado del matrimonio/asociación doméstica, nacimiento, adopción o entrega en adopción, acepto que yo, y cualquiera de los dependientes que pudiera tener, podemos requerir la inscripción en el plan de salud de mi empleador, solicitando dicha cobertura dentro de los 31 días a partir del matrimonio/asociación doméstica, nacimiento, adopción o entrega en adopción.</p> <p>Si he indicado anteriormente que la razón para renunciar a la cobertura para mí o mi(s) dependiente(s) es la existencia de una cobertura de un plan de beneficios médicos de otro empleador, admito que, si yo o mi(s) dependiente(s) involuntariamente perdiéramos la cobertura del plan de beneficios médicos del otro empleador, debo solicitar la inscripción para mí y/o mi(s) dependiente(s) en el plan de beneficios médicos de mi empleador dentro de los 31 días. De lo contrario, comprendo que no podré inscribirme ni inscribir a mis dependientes en el plan de salud de mi empleador hasta el final del siguiente plazo de inscripción abierta de mi empleador o hasta el transcurso de 12 meses, de ambas opciones la que ocurra primero.</p> <p>Firma del Empleado X _____ Fecha X _____</p>	

LOS EMPLEADORES DEBEN CONSERVAR PARA SUS REGISTROS UNA COPIA FIRMADA DE CUALQUIER FORMULARIO DE RECHAZO DE COBERTURA PERSONAL