

Solicitud del Empleado
**Blue Shield of California
y Blue Shield of California
Life & Health Insurance Company**



Planes de Blue Shield para grupos con 2 a 50 empleados suscriptores

En vigencia a partir del 1° de enero de 2007

Es muy importante que responda a todas las preguntas.

1. Suministre los datos del empleado que se solicitan.
2. Marque la(s) casilla(s) para indicar su elección de cobertura e incluya el nombre del plan según corresponda.
(Ejemplo: Access+ HMO® Plan 15
o Shield Spectrum PPOSM Plan 500 Premier)
3. Marque la casilla "Inscripción en la 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), la fecha de nacimiento, el número de Seguro Social y el vínculo con el empleado. La inscripción para el compañero doméstico solamente está disponible si su empleador ha elegido ofrecer esta opción. **Si usted opta por el Access+ HMO o el Added Advantage POSSM, deberá elegir un Médico Personal.** Ingrese el número de proveedor y el nombre de la IPA o del Grupo Médico (MG, por sus siglas en inglés). Tenga a bien observar las pautas importantes sobre la inscripción dental que se incluyen más abajo.

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

Pautas importantes sobre la inscripción dental

Debe marcar la casilla "Inscripción en la cobertura dental" por cada dependiente incluido en la Sección 3 de la Solicitud del Empleado para que

estén cubiertos. Los empleados pueden elegir inscribir la cantidad de dependientes que deseen en un plan Dental PPO o Dental HMO de Blue Shield of California.

Dental PPO

- Para elegir un plan dental PPO, no es necesario que el empleado se inscriba en un plan de salud de Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

Dental HMO

- Para elegir un plan dental HMO, no es necesario que el empleado se inscriba en un plan de salud de Blue Shield of California/Blue Shield Life.
 - Para inscribirse en un plan dental HMO, **usted tiene que vivir o trabajar lo suficientemente cerca de un proveedor dental participante, a fin de garantizar el acceso razonable a la atención, según lo establece el plan.**
 - Consulte el directorio de proveedores dentales del dental HMO para saber cuáles son las áreas de servicio.
 - Si elige un plan dental HMO, debe incluir el número de identificación del proveedor dental que haya seleccionado. Consulte el directorio de proveedores dentales del dental HMO para saber cuál es el número de identificación.
4. Ingrese la información sobre cualquier otra cobertura de salud que tenga usted o sus dependientes, incluso Medicare. Esto se debe completar para la coordinación de los beneficios.
 5. En la sección "Beneficiario del seguro de vida", ingrese el nombre de la persona que recibirá el beneficio de vida grupal, el vínculo de esta persona con el empleado y su dirección actual.
 6. El empleado tiene que firmar y fechar la autorización para la deducción de la nómina de pago y para la revelación de información personal. Blue Shield of California/Blue Shield Life no puede procesar la solicitud sin una autorización firmada.

Formulario de Rechazo de Cobertura

Este formulario (que se encuentra en la última página de la presente 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, número de Seguro Social, nombre del empleador (grupo), fecha de contratación a tiempo completo y estado civil. Marque la casilla correspondiente si usted, su cónyuge o su(s) dependiente(s) renuncian a la cobertura de salud y/o dental. Marque la casilla que describa la razón por la que usted rechaza su cobertura, la de su cónyuge o la de su(s) dependiente(s). Indique el nombre de la otra empresa aseguradora dental y/o de salud con la cual usted o sus dependientes tienen cobertura. **Firme y feche si usted ha rechazado la cobertura personal o la de los 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 limita los casos en que puede excluirse la cobertura debido a afecciones preexistentes. De acuerdo con esta ley, si la cobertura de salud de una persona se termina, y dicha persona se inscribe en una cobertura de salud nueva dentro de los 63 días (excepto cualquier período de espera), la cobertura nueva debe acreditar el tiempo que dicha persona estuvo inscrita en la cobertura anterior, hacia la exclusión por afección preexistente de la cobertura nueva. Además, la ley estatal requiere que el tiempo que una persona estuvo inscrita en una cobertura anterior sea acreditado si dicha persona se inscribe en una cobertura nueva dentro de los 180 días (excepto cualquier período de espera), siempre y cuando la "cobertura acreditable anterior" fuera una cobertura patrocinada por el empleador.

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

- beneficios por embarazo;
- los niños recién nacidos o adoptados que tenían cobertura acreditable previa dentro de los treinta (30) días del nacimiento, adopción o entrega en adopción, y que se inscribieron en uno de los

planes de Blue Shield of California o de Blue Shield Life dentro de los sesenta y tres (63) días de dicha cobertura acreditable previa (excepto cualquier período de espera);

- los empleados y los dependientes que estaban cubiertos legítimamente por la cobertura de salud grupal previa del empleador actual al momento en que se dio fin a esa cobertura, y que están inscritos en la fecha de entrada en vigencia original del plan de salud de Blue Shield of California o de Blue Shield Life dentro de los 60 días de la terminación de dicha cobertura previa.

Para obtener crédito por cualquier cobertura acreditable previa, consiga un Certificado de Cobertura Acreditable de su empleador, empresa aseguradora o plan de salud anteriores, y envíe el certificado a Blue Shield of California/Blue Shield Life. Si necesita ayuda, comuníquese con su Representante de Servicio al Cliente de Blue Shield.

Blue Shield of California/Blue Shield Life protege la confidencialidad y privacidad de su información personal y sobre la salud. La información personal y sobre la 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 del Access Baja, a fin de garantizar un acceso razonable a la atención.
- Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores del Access Baja HMO* para elegir un médico de atención primaria y obtener 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 y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Solicitud del Empleado (para 2 a 50 empleados)

No escriba en las áreas sombreadas

- Inscripción nueva
- Recontratación

B/U	OED	RSN	S	TOC	NP	PKG
-----	-----	-----	---	-----	----	-----

Información del empleado (Favor de escribir a máquina o en letra de imprenta clara. Use tinta negra). Si usted, su cónyuge o su(s) dependiente(s) rechazan la cobertura, favor de completar y firmar el formulario de Rechazo de Cobertura al final de esta solicitud

1	Número de Seguro Social	Nombre del empleador (grupo)	Número del grupo
S E L F	Last Name		
	First Name		In.
	Dirección particular		
	Ciudad	Estado	Código postal
	Dirección postal		
	Ciudad	Estado	Código postal
	Teléfono diurno ()	Teléfono particular ()	Dirección de correo electrónico
	Fecha de contratación a tiempo completo (mes/día/año)	Cargo	Cantidad de Life/AD&D (Seguro de Vida/Muerte Accidental y Desmembramiento)
¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? Elija una de las siguientes opciones: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo común Teléfono: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo 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 Mes Día Año	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Compañero doméstico Preferencia de Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro: Marque "sí", si agrega una o más hojas a esta solicitud. <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene dependientes elegibles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se van a inscribir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "no", ¿están sus dependientes cubiertos por algún otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Complete el formulario de Rechazo de Cobertura incluido en esta solicitud para los dependientes elegibles que no se inscriban.			
Access+ HMO y Added Advantage POS – Nombre del Médico Personal			
Número de proveedor	Nombre de la IPA/MG	Nombre de la IPA/MG <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Solo Dental HMO – Nombre del proveedor dental		Número de proveedor dental	

2	Marque el (los) plan(es) e incluya el nombre del (de los) plan(es) según corresponda. (Consulte las Pautas importantes en la página 1).		
Beneficios Médicos		Beneficios opcionales	
<input type="checkbox"/> Access+ HMO _____	<input type="checkbox"/> Added Advantage POS _____	<input type="checkbox"/> Solo de vida _____	(Vea la nota al pie número 3 abajo)
<input type="checkbox"/> Access Baja HMO _____	<input type="checkbox"/> Active Choice ¹ _____	<input type="checkbox"/> Dental PPO _____	<input type="checkbox"/> Dental HMO _____
<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO _____	<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Savings ² _____	<input type="checkbox"/> Vista _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Other _____			

¹ Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).
² Los Planes Shield Spectrum PPO Savings son planes de salud con deducibles altos que califican para las Cuentas de Ahorro para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés).
³ El seguro de vida grupal temporal para grupos de 2 a 9 empleados elegibles está administrado y asegurado por un fideicomiso de empleadores de grupos pequeños.

Miembro Independiente de la Blue Shield Association

Nombre completo del solicitante

Número de Seguro Social

3 Información del dependiente: Los solicitantes del Access+ HMO y del Added Advantage POS deben elegir un Médico Personal que figure en el <i>Directorio de Hospitales y Médicos del Access+ HMO</i> de Blue Shield. Los solicitantes del dental HMO deben elegir un proveedor dental que figure en el directorio de proveedores dentales del Dental HMO. Usted puede elegir un Médico Personal del Access+ HMO diferente para cada miembro de la familia. Asegúrese de incluir el número de proveedor y el número de IPA de cada médico, así como el número de cada proveedor dental. Para el Access Baja HMO, consulte la <i>Página 2</i> .			
Dirección del dependiente si es diferente de la del empleado			
Nombre completo del solicitante		Solo Access+ HMO y Added Advantage POS – Nombre del Médico Personal	Solo Dental HMO – Proveedor dental
Número de Seguro Social del solicitante		Nombre del médico	Dental Provider Name:
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero doméstico <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Nombre _____ In. _____ Apellido _____		Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor _____ Número de IPA/MG _____	Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor dental _____
Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____		¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Daughter Nombre _____ In. _____ Apellido _____		Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor _____ Número de IPA/MG _____	Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor dental _____
Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____		¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Inscripción en la cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental ¿Es estudiante de tiempo completo? (Si es mayor de 18) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Daughter Nombre _____ In. _____ Apellido _____		Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor _____ Número de IPA/MG _____	Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor dental _____
Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____		¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Inscripción en la cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental ¿Es estudiante de tiempo completo? (Si es mayor de 18) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4 Beneficiario del seguro de vida		Vínculo con el solicitante	
Nombre			
Dirección			
Ciudad		Estado	ZIP

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

- 5** *Acepto: que toda la información que contiene este formulario es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que constituye la base sobre la cual puede emitirse la cobertura conforme a este plan. Entiendo que, si he falsificado u omitido cualquier hecho fundamental, es posible que se cancele mi cobertura o que se anule el contrato con mi empleador. Asimismo, autorizo 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", empresa aseguradora, plan de salud o a su agente o representante de Blue Shield of California a revelar a Blue Shield of California o a Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (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 relativa a la drogadicción/alcoholismo o a las afecciones mentales/emocionales. Esta información puede utilizarse a los efectos de evaluar esta solicitud, determinar la elegibilidad y las reclamaciones de beneficios, la garantía de calidad, la revisión de pares o las funciones administrativas que razonablemente se vinculen con la ejecución y administración de este Acuerdo/Póliza. Asimismo, usted autoriza a Blue Shield of California a obtener información personal y de la historia clínica (tal como estos términos aparecen definidos en el Código de Seguros de California) de una fuente institucional o de una organización de apoyo a las compañías de seguro que recopilan este tipo de información, con el fin de determinar la elegibilidad para la cobertura. Esta autorización regirá: (1) durante 30 meses desde la fecha de autorización para el procesamiento de la solicitud, una rehabilitación de póliza o una 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 el procesamiento de las reclamaciones que tengan lugar 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 _____

Formulario de Rechazo de Cobertura Personal

(Complete si usted, su cónyuge, su compañero doméstico o su(s) dependiente(s) rechazan la cobertura del plan de salud y/o dental de Blue Shield of California/Blue Shield Life ofrecida por su empleador). Favor de escribir a máquina o en letra de imprenta clara. Use tinta negra.

Nombre del empleado	Número de Seguro Social
Nombre del empleador (grupo)	Fecha de contratación
Estado civil Casado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asociación doméstica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo
¿Es usted un empleado de tiempo completo que trabaja al menos 30 horas semanales para este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "no", favor de explicar _____	

Renuncia a la cobertura para:

Renuncio a la cobertura del plan de salud para mí, mi cónyuge/compañero doméstico y todos mis dependientes.

- Renuncio a la cobertura del plan de salud para:
- Mi cónyuge/compañero doméstico solamente
 - Mis hijos solamente
 - Mi cónyuge/compañero doméstico e hijos
 - Los siguientes dependientes solamente:

Si se ofrece cobertura dental, renuncio a la cobertura dental para mí, para mi cónyuge y todos mis dependientes.

Renuncio a la cobertura del plan dental para:

- Mi cónyuge/compañero doméstico solamente
- Mis hijos solamente
- Mi cónyuge/compañero doméstico e hijos
- Los siguientes dependientes únicamente:

Razón por la que renuncia a la cobertura

Está cubierto por un plan de salud de otro empleador (p. ej., por medio de su cónyuge/compañero doméstico).

Nombre de la empresa aseguradora _____

Número de identificación _____

Está cubierto por un Plan de Salud Individual.

Nombre de la empresa aseguradora _____

Medicare.

Cubierto por TRICARE.

Ninguna cobertura de salud de otro empleador.

Cubierto por otro plan dental.

Nombre de la empresa aseguradora _____

Número 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/compañero doméstico y/o a mi(s) dependiente(s) en el plan de salud de Blue Shield of California/Blue Shield Life que ofrece mi empleador. He tomado esta decisión de forma voluntaria, y nadie ha tratado de influir en mi decisión ni me ha presionado para que renuncie a la cobertura.

Si incorporo a un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio/asociación doméstica, nacimiento, adopción o entrega en adopción, acepto que yo y cualquiera de los dependientes que pudiera tener, podemos pedir 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.

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, admito que, si yo o mi(s) dependiente(s) involuntariamente perdiéramos 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 dentro de los 31 días. De lo contrario, comprendo que no podré inscribirme ni inscribir a mi(s) dependiente(s) en el plan de salud de mi empleador hasta el final del siguiente período de inscripción abierta de mi empleador o hasta el transcurso de 12 meses, de ambas opciones, la que ocurra primero.

Firma del Empleado X _____ Date X _____

Los empleadores deben conservar para sus registros una copia firmada de todo rechazo personal de cobertura