

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

Planes de Blue Shield para grupos de 2 a 50 empleados elegibles

Vigencia: 1 de enero de 2009

Es muy importante que responda todas las preguntas.

- Proporcione los datos del empleado que se solicitan.
- Marque las casillas para indicar su elección de cobertura y llene el nombre del plan correspondiente.
(Ejemplo: Plan Access+ HMO® 15
o Shield Spectrum PPOSM Plan 500 Premier)
- Marque la casilla "Inscribir en Médica" para cada dependiente enumerado en esta sección. En el espacio proporcionado, enumere todos los dependientes elegibles que usted desea inscribir (incluyendo su cónyuge o pareja doméstica), sus fechas de nacimiento y la relación con el empleado. La cobertura de la pareja doméstica está incluida en todos los planes de salud colectivos de Blue Shield. Confirme los criterios de elegibilidad con su empleador. **Si selecciona Access+ HMO® o Added AdvantageSM POS Plan, debe elegir un médico personal.** Ingrese el número del proveedor y el nombre de la IPA o MG. Tome nota de los importantes lineamientos de inscripción dental que se describen más adelante.

Los hijos dependientes entre 19 y 24 años de edad que no están discapacitados deben estar inscritos como estudiantes de tiempo completo en la universidad (con un mínimo de 12 unidades) o en una escuela vocacional (o con un permiso médico aprobado de ausencia de una universidad o escuela vocacional). Para que sea considerado como elegible, debe marcar como Sí" la casilla "Estudiante de tiempo completo" para cada dependiente. Blue Shield of California/Blue Shield Life considerará esta información completa como una certificación de la condición del estudiante de tiempo completo. La cobertura para dependientes mayores de 18 años de edad y estudiantes de tiempo completo no está disponible para dependientes de tutores legales. Los hijos dependientes mayores de 18 años de edad que están discapacitados pueden ser elegibles para la continuación de beneficios bajo el plan colectivo siempre que el hijo sea incapaz de mantener un empleo para sostenerse y que sea dependiente principalmente del miembro, cónyuge o pareja doméstica para su mantenimiento y apoyo. Con la solicitud de inscripción se debe enviar un certificado de la HIPAA de la aseguradora anterior y una certificación médica de discapacidad por escrito (formulario C3674). Para mantener la elegibilidad es necesaria una certificación de discapacidad que continúa.

Access Baja HMO

- Para inscribirse en Access Baja[®] HMO, usted debe vivir o trabajar dentro del área de servicio de Access Baja para asegurarse el acceso razonable a servicios del cuidado de la salud.
- Consulte el Directorio de proveedores y farmacias de Access Baja para seleccionar el médico personal y el área de servicio.

Debe entender los estándares del cuidado tal como se reflejan en el Formulario de autorización de divulgación. Los seguros dentales y de vida no están disponibles en los planes de Access Baja.

Lineamientos importantes de inscripción para el plan dental

Debe marcar la casilla de "Inscripción en la cobertura dental" para cada dependiente enumerado en la Sección 3 de la Solicitud del empleado para que cada dependiente quede cubierto. Los empleados pueden elegir inscribir a cualquier cantidad de sus dependientes en un plan Blue Shield of California Dental PPO o Dental HMO.

Dental PPO

- La inscripción del empleado en un plan de salud de Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) no requiere que seleccione la cobertura dental PPO.

Dental HMO

- La inscripción del empleado en un plan de Blue Shield of California/Blue Shield Life no es necesaria para seleccionar la cobertura dental HMO.
- Para inscribirse en el plan dental HMO, **usted debe vivir lo suficientemente cerca del proveedor dental de la red para asegurarse el acceso razonable a dichos servicios, de acuerdo con lo determinado por el plan.**
- Consulte el directorio de proveedores dentales del Dental HMO para conocer las áreas de servicio
- Si selecciona un plan Dental HMO, debe especificar el número de identificación del proveedor dental que eligió. Consulte el directorio de proveedores dentales de Dental HMO en blueshieldca.com para obtener el número de identificación.

4. En la sección "Beneficiario del seguro de vida", ingrese el nombre de la persona que recibirá el beneficio del seguro colectivo de vida, su relación con el empleado y su dirección actual.
5. El empleado debe firmar y poner la fecha en la autorización para la deducción de nómina y divulgación de información personal y de salud. Blue Shield of California/Blue Shield Life no puede procesar la solicitud sin una autorización firmada.

Formulario de rechazo de cobertura

Este formulario (localizado en la última página de esta solicitud) se utilizará para todos los empleados que rechacen la cobertura para ellos mismos o sus dependientes. Este formulario no es necesario para las solicitudes que son únicamente para seguro dental o de vida.

Ingrese el nombre del empleado, el número de Seguro Social, el nombre del empleado (grupo), la fecha de la contratación de tiempo completo y el estado civil. Marque la casilla correspondiente si usted, su cónyuge, pareja doméstica o sus dependientes rechazan la cobertura médica o dental. Marque la casilla que corresponda a su razón para rechazar la cobertura para usted, su cónyuge o sus dependientes. Indique el nombre de la otra compañía aseguradora del plan médico o dental con quien usted o sus dependientes tienen cobertura. **Firme y ponga la fecha si usted ha rechazado la cobertura personal o para sus dependientes.**

Exclusión de una afección preexistente

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 es una ley federal que delimita la exclusión de la cobertura por afecciones preexistentes. De acuerdo con la ley, si la cobertura de salud de una persona termina y él(ella) se inscribe en una nueva cobertura de salud dentro de los próximos 63 días (sin incluir los períodos de espera), la nueva cobertura debe acreditar el tiempo en el que él(ella) estuvo inscrito en la cobertura anterior en relación con la exclusión de una afección preexistente de la nueva cobertura. También, la ley estatal requiere que el tiempo que una persona estuvo inscrita en una cobertura anterior, se acredite si él(ella) se inscribe en una nueva cobertura dentro de los siguientes 180 días (sin incluir los períodos de espera) si la "cobertura acreditable anterior" era una cobertura patrocinada por el empleador.

Los planes Shield Spectrum PPO, Shield Spectrum PPO Savings Plus y Blue Shield Life Active ChoiceSM excluyen las afecciones preexistentes.

Las afecciones preexistentes están cubiertas únicamente después de que usted haya tenido cobertura continua durante seis (6) meses consecutivos, incluyendo el período de espera de su empleador actual, si hubiera alguno. Las afecciones preexistentes no aplican a:

- Beneficios por embarazo;
- Niños recién nacidos o adoptados, quienes hayan tenido cobertura acreditable anterior en un plazo de treinta (30) días a partir de su nacimiento, adopción o colocación por adopción y quienes hayan estado inscritos en uno de los planes de Blue Shield of California o Blue Shield Life dentro de un plazo de sesenta y tres (63) días a partir de la cobertura acreditable anterior (sin incluir los períodos de espera);
- Empleados y dependientes, quienes estaban legítimamente cubiertos bajo la cobertura del plan de salud anterior del empleador actual cuando la cobertura fue cancelada y que están inscritos en la fecha de vigencia original del plan de salud de Blue Shield of California o Blue Shield Life Health dentro del plazo de 60 días a partir de la cancelación de la cobertura anterior.

Para obtener crédito de cualquier cobertura acreditable anterior, obtenga un Certificado de cobertura acreditable de su anterior empleador, aseguradora o plan de salud y preséntelo 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 de salud. La Información personal y de salud incluye información médica e información de identificación personal, tal como su nombre, dirección, número de teléfono y el número de Seguro Social. No divulgaremos esta información, con excepción de lo permitido por la ley.

Solicitud del empleado



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

Solicitud del empleado (para grupos de 2 a 50 empleados)

No escriba en el área sombreada.

- Inscripción de grupo nuevo Nueva contratación
 Adición de familiar Empleado contratado
 Inscripción tardía de nuevo
 Período de inscripción familiar

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

Información del empleado (escriba a máquina o claramente con letra de molde, y use tinta negra) Si usted, su cónyuge o sus dependientes rechazan la cobertura, llene y firme el Formulario de rechazo de cobertura que se encuentra al final de esta solicitud.

1	Número de Seguro Social	Nombre del empleador (grupo)	Número de grupo
S	Apellido		
	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
E	Dirección de residencia		
	Ciudad		Estado
L	Dirección postal (la misma que la dirección de residencia <input type="checkbox"/>)		Código postal
	Ciudad		Código postal
F	Teléfono durante el día ()	Teléfono de la residencia ()	Dirección de correo electrónico
	Fecha de contratación de tiempo completo (mes/día/año)	Puesto	Monto de seguro de vida/MyDA (muerte y desmembramiento accidental)
¿Cómo preferiría que nos comunicáramos con usted? Seleccione una de las siguientes: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal			
Teléfono: <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo			
Blue Shield usará su método preferido cuando sea posible. ()			
¿Es usted un empleado de tiempo completo que trabaja por lo menos 30 horas a la semana para su empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es No, explique.			
Fecha de nacimiento		Sexo	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica
Mes	Día	Año	Idioma de su preferencia <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Otros:
Marque Sí para indicar que adjuntó hojas adicionales a esta solicitud <input type="checkbox"/> Sí			
¿Tiene dependientes elegibles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se están inscribiendo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es no, ¿sus dependientes están cubiertos por algún tipo de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Llene el Formulario de rechazo de cobertura que se incluye en esta solicitud para los dependientes elegibles que no se están inscribiendo.			
Access+ HMO y Added Advantage POS: nombre del médico personal			
Número de proveedor		Nombre del IPA/grupo médico	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Únicamente para Dental HMO: Nombre del proveedor dental		Número del proveedor dental	

2 Marque los planes y escriba los nombres de los planes según corresponda (consulte los lineamientos importantes que se encuentran en la página 1)

Beneficios médicos

- Access+ HMO _____
 Added Advantage POS _____
 Access Baja HMO _____
 Active Choice¹ _____
 Shield Spectrum PPO _____
 Shield Spectrum PPO Savings² _____
 Otros _____

Beneficios opcionales

- Seguro de Vida/AD&D (MyDA³) _____
 Seguro de vida del dependiente/monto (máximo \$5,000) _____
 Dental PPO _____
 Dental HMO _____
 Vista _____
 Otros _____

1 Suscrito por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

2 Los planes Shield Spectrum PPO Savings son planes de salud con deducibles altos elegibles para HSA.

3 El seguro colectivo temporal de vida para grupos de 2 a 9 empleados elegibles es administrado y suscrito a través de un fideicomiso para empleadores de grupos pequeños.

3 Información de dependientes: Los solicitantes de Access+ HMO y Added Advantage POS deben seleccionar un médico personal en el **Directorio de médicos y hospitales de Access+ HMO de Blue Shield**. Los solicitantes de Dental HMO deben seleccionar un proveedor dental del Directorio de proveedores de Dental HMO. Usted puede elegir un médico personal distinto de Access+ HMO para cada miembro de su familia. Asegúrese de incluir el número de proveedor y número de IPA de cada médico, así como el número de cada proveedor dental. Para Access Baja HMO, consulte la página 2.

Dirección del dependiente si es distinta a la del empleado		Access+ HMO y Added Advantage POS únicamente: Nombre del médico personal	Dental HMO únicamente: proveedor dental
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Si la adición de familiar es un cónyuge o pareja doméstica, indique la fecha del matrimonio/unión doméstica _____		Nombre del médico	Nombre del proveedor dental
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre	Nombre
Apellido		Apellido	Apellido
Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____		Número de proveedor	Número del proveedor dental
Inscrición en: <input type="checkbox"/> Cobertura de salud <input type="checkbox"/> Cobertura dental		IPA/grupo médico:	
¿Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿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"/> Hija			
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre	Nombre
Apellido		Apellido	Apellido
Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____		Número de proveedor	Número del proveedor dental
Inscrición en: <input type="checkbox"/> Cobertura de salud <input type="checkbox"/> Cobertura dental		IPA/grupo médico:	
¿Condición de estudiante de tiempo completo? (Si es mayor de 18 años de edad) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿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"/> Hija			
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre	Nombre
Apellido		Apellido	Apellido
Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____		Número de proveedor	Número del proveedor dental
Inscrición en: <input type="checkbox"/> Cobertura de salud <input type="checkbox"/> Cobertura dental		IPA/grupo médico:	
¿Condición de estudiante de tiempo completo? (Si es mayor de 18 años de edad) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre completo del solicitante

Número de Seguro Social

- 4** ¿Alguna de las personas que están solicitando cobertura actualmente tiene cobertura de seguro médico? Sí No

Si la respuesta es Sí, debe enviar la Prueba de cobertura. (ver más adelante)

¿Alguna de las personas que están solicitando cobertura ha tenido cobertura de seguro médico en cualquier momento en los últimos seis(6) meses?

Sí No

Si la respuesta es Sí, indique los nombres del solicitante/miembro de la familia: _____

Tipo de cobertura: Colectiva Individual Otra (especifique): _____

Compañía de seguros: _____

Fecha en que empezó la cobertura: _____ Fecha en que terminó: _____

¿Está inscrita en Medicare alguna de las personas que solicitan cobertura? Sí No

Si la respuesta es Sí, indique el nombre: _____

Para tener crédito por cualquier cobertura acreditable anterior, obtenga de su empleador anterior, asegurador o plan de salud la Prueba de cobertura como un Certificado de cobertura acreditable y envíe el certificado a Blue Shield of California/Blue Shield Life. Si necesita ayuda, comuníquese con su representante de Servicios al cliente de Blue Shield.

- 5** Beneficiario del seguro de vida

Relación con el solicitante

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Declaración de divulgación y autorización: Todos los empleados que soliciten la cobertura deberán firmar la siguiente sección

- 6** **Divulgación de información personal y de salud.** Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (en conjunto, "Blue Shield") entienden la importancia de mantener privada su información personal y de salud, así como la de sus dependientes. Blue Shield protege esta información electrónica, escrita u oral cuando ésta se utiliza en nuestra organización. Blue Shield no divulgará esta información sin su autorización, con excepción de lo permitido por la ley.

Con el propósito de administrar su cobertura de Blue Shield, Blue Shield está autorizado por las leyes estatales y federales para obtener su información de salud y la de sus dependientes de un proveedor del cuidado de la salud, asegurador, organización de apoyo de seguros, plan de salud o su agente de seguros. Asimismo, de acuerdo con las leyes estatales y federales, Blue Shield puede divulgar su información de salud y la de sus dependientes a un proveedor del cuidado de la salud, asegurador, organización de apoyo de seguros, plan de salud o su agente de seguros.

Está disponible una explicación completa de las políticas y procedimientos de Blue Shield ("Aviso de confidencialidad y prácticas de privacidad") para conservar la confidencialidad de su información personal y de salud y se le podrá proporcionar al solicitarlo al Departamento de Servicio al cliente o al ingresar en el sitio Web de Blue Shield.

*Acepto: Toda la información incluida en este formulario es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que la cobertura del plan puede ser emitida con base en la información contenida en este formulario. Entiendo que si he tergiversado u omitido algún hecho sustancial se puede cancelar mi cobertura o se puede rescindir el contrato de mi empleador. También autorizo a mi empleador deducir de mis ingresos la contribución (si existiera) requerida por el costo de este plan.

Entiendo que la cobertura no tendrá vigencia hasta que esta solicitud y la solicitud de mi empleador sean aprobadas por Blue Shield of California/ Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield Life").

Firma del empleado

Fecha

Nombre del empleado en letra de molde

Fecha

Rechazo de cobertura personal (Llénelo si usted, su cónyuge, pareja doméstica o dependientes están rechazando la cobertura del plan de salud y/o dental de Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company). Escriba a máquina o con letra de molde. Use tinta negra.

Nombre del empleado _____ Número de Seguro Social _____

Nombre del empleador (grupo) _____ Fecha de contratación _____

Estado civil _____ Casado Sí No
 Pareja doméstica Sí No Puesto _____

¿Es usted un empleado de tiempo completo que trabaja por lo menos 30 horas a la semana para su empleador? Sí No
 Si la respuesta es No, explique:

Rechazo de cobertura para:

- Rechazo de la cobertura del plan de salud para mí, mi cónyuge/pareja doméstica y todos mis dependientes.
- Rechazo la cobertura del plan de salud para:
 - Mi cónyuge/pareja doméstica únicamente
 - Mis hijos únicamente
 - Mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos
 - Únicamente los siguientes dependientes: _____

- Si se ofreciera cobertura dental, rechazo de la cobertura dental para mí, mi cónyuge/pareja doméstica y todos mis dependientes.
- Rechazo la cobertura del plan dental para:
 - Mi cónyuge/pareja doméstica únicamente
 - Mis hijos únicamente
 - Mi cónyuge/pareja doméstica y mis hijos
 - Únicamente los siguientes dependientes: _____

Razón para rechazar la cobertura

- Está cubierto por el plan de salud de otro empleador (por ejemplo, por medio de su cónyuge/pareja doméstica)

Nombre de la compañía aseguradora _____

Número de identificación _____
- Cubierto por un plan de salud o dental individual

Nombre de la compañía aseguradora _____
- Medicare
- Cobertura de TRICARE
- Ninguna otra cobertura de salud del empleador
- Cobertura de otro plan dental

Nombre de la compañía aseguradora _____

Número de identificación _____
- Otros _____

Reconozco que mi empleador me ha explicado la cobertura disponible para mí, entiendo que tengo todo el derecho de inscribirme en esta cobertura y he decidido no inscribirme o inscribir a mis dependientes, si los tuviera. Ahora rechazo inscribirme o inscribir a mi cónyuge/pareja doméstica y/o a mis dependientes en el plan de salud de mi empleador de Blue Shield of California/Blue Shield Life. He tomado esta decisión de forma voluntaria y nadie ha tratado de influir en mi decisión o presionarme para rechazar la cobertura.

Si estoy rechazando la inscripción para mí o mis dependientes debido a otra cobertura de salud, o debido a que mi empleador dejó de contribuir para esta cobertura, reconozco que puedo inscribirme e inscribir a mis dependientes en este plan si solicito hacerlo dentro de los siguientes 31 días después de que termine mi cobertura o la de mis dependientes o después de que mi empleador deje de contribuir hacia la otra cobertura.

Además, si obtengo un nuevo dependiente como resultado de matrimonio/unión doméstica, nacimiento, adopción o colocación de adopción, reconozco que yo, y cualquier dependiente que pueda tener, podemos solicitar la inscripción en el plan de salud de mi empleador al aplicar para dicha cobertura dentro de los siguientes 31 días después del matrimonio/unión doméstica, nacimiento, adopción o colocación de adopción.

Si he indicado anteriormente que la razón de mi rechazo de cobertura para mí o mi(s) dependiente(s) es la cobertura en el plan de salud de otro empleador, reconozco que, si yo o mi(s) dependiente(s) involuntariamente perdemos la cobertura en dicho plan, yo debo solicitar la inscripción para mí y mi(s) dependiente(s) en el plan de salud de mi empleador en los próximos 31 días. De otra forma, reconozco que no puedo inscribirme o inscribir a mis dependientes en el plan de salud de mi empleador antes del final del próximo período de inscripción abierta de mi empleador o 12 meses, lo que suceda primero.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Los empleadores deben conservar en sus registros una copia de cualquier rechazo de cobertura personal firmado.