



# Solicitud de empleado en grupo (51-99)

Blue Cross of California ofrece: Planes Premier PPO, Planes PPO Copago, Saver HMO, Classic HMO, HMO 100%, Power Select HMO y Dental Net.

BC Life & Health Insurance Company ofrece: Basic PPO, Saver PPO, Advantage PPO, Power HealthFund 500, Power HealthFund 750, PPO 2400 (compatible con HSA), PPO 3500 (compatible con HSA) y PPO \$35 Copago GenRx; todos los productos dentales; planes Life and AD&D.

Group Services  
Blue Cross of California  
P.O. Box 9062  
Oxnard, CA 93031-9062  
[www.bluecrossca.com](http://www.bluecrossca.com)



## INSTRUCCIONES

1. **Usted, el empleado, debe llenar esta solicitud.** Usted es el único responsable que se llene con exactitud y con todos los datos.
2. Se debe dar respuesta completa a todas las preguntas; todas las firmas y fechas se deben incluir donde se indica; de otro modo se le devolverá su solicitud, produciendo un retraso en el procesamiento y posiblemente en la fecha de inicio de cobertura.
3. **Escriba a máquina o con letra de molde clara con tinta azul o negra.**

Nº de grupo.
--------------

### 1 COBERTURA – Verifique los planes disponibles con su empleador.

#### A. SELECCIÓN DE COBERTURA MÉDICA – Marque sólo un plan médico:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Basic PPO                 | <input type="checkbox"/> Premier PPO \$20 Copago       | <input type="checkbox"/> Power Select HMO |
| <input type="checkbox"/> Saver PPO                 | <input type="checkbox"/> Premier PPO \$10 Copago       | <input type="checkbox"/> Saver HMO        |
| <input type="checkbox"/> PPO \$35 Copago GenRx     | <input type="checkbox"/> Power HealthFund 500          | <input type="checkbox"/> Classic HMO      |
| <input type="checkbox"/> PPO \$40 Copago           | <input type="checkbox"/> Power HealthFund 750          | <input type="checkbox"/> HMO 100%         |
| <input type="checkbox"/> PPO \$30 Copago           | <input type="checkbox"/> PPO 2400 (Compatible con HSA) |   |
| <input type="checkbox"/> Advantage PPO \$25 Copago | <input type="checkbox"/> PPO 3500 (Compatible con HSA) |   |

Si selecciona un HMO, usted debe seleccionar un Grupo médico primario (PMG) o una Asociación de práctica independiente (IPA).

Si usted selecciona una IPA, elija un Médico de atención primaria para cada miembro de la familia que se vaya a inscribir y anótelos por número abajo en la Sección 3A.

Número de consultorio médico del PMG del Plan HMO o IPA: \_\_\_\_\_ ¿Es usted paciente actual de este centro?  Sí  No

#### B. SELECCIÓN DE COBERTURA DENTAL – (si su grupo ha optado por cobertura dental) – Marque sólo un Plan dental:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Platinum Preferred 2000 | <input type="checkbox"/> Dental Net  |
| <input type="checkbox"/> Gold Preferred 1500     | <i>Usted debe seleccionar el número de un consultorio dental para Dental Net</i> |
| <input type="checkbox"/> Silver 1000             | _____  |
| <input type="checkbox"/> Standard Option PPO     | No. de consultorio dental  |

#### C. SEGURO DE VIDA OPCIONAL PARA DEPENDIENTES (Disponible sólo si lo ofrece el empleador.)

- Sí  No

### 2 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO – Debe ser llenada por el empleado.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inscripción en grupo nuevo | <input type="checkbox"/> Nueva contratación  | <input type="checkbox"/> COBRA – Fecha de inicio: _____ |
| <input type="checkbox"/> Adición a la familia       | <input type="checkbox"/> Cambio de cobertura |   |
| <input type="checkbox"/> Inscripción atrasada       | <input type="checkbox"/> Otro                |   |

Apellido	Nombre	Inicial	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> pareja de convivencia	Nº seguro social o identificación
Domicilio (No se acepta apartado postal excepto rurales)		Nº de depto.	Nº de dependientes incluyendo a cónyuge	Nº de seguro social o ID de cónyuge
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono particular ( )	
Fecha de contratación (Mes/Día/Año)	Nombre del empleador	Cargo laboral	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo	Nº de horas trabajadas por semana
Teléfono comercial ( )	Salario (Requisito) \$	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	Beneficiario de seguro de vida – Apellido, nombre, inicial	

Idioma preferido (Opcional) Si se encuentra disponible, me gustaría recibir la correspondencia en el siguiente idioma:  inglés  español

Para uso administrativo solamente





Nº de Seguro social o identificación									

**5 OTRAS COBERTURAS PARA TODOS LOS EMPLEADOS Y DEPENDIENTES QUE SE INSCRIBEN:** *Se deben responder todas las preguntas.*

A. ¿Alguna de las personas que se incluyen en esta solicitud tiene la intención de continuar con otra cobertura de grupo si se acepta esta solicitud? .....  Sí  No

Si la respuesta es sí:

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

B. ¿Alguna de las personas que solicita cobertura tiene actualmente cobertura de salud? .....  Sí  No

¿Alguna de las personas que solicita cobertura ha tenido cobertura de seguro de salud en algún momento en los últimos seis meses? .....  Sí  No

Si la respuesta es sí:

Nombre(s) del solicitante/miembro de la familia: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del solicitante/miembro de la familia: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del solicitante/miembro de la familia: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura continua:  Grupal  Individual  Otra: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Fecha en que comenzó la cobertura: \_\_\_\_\_ Fecha en que terminó: \_\_\_\_\_

C. ¿Alguna de las personas que solicita cobertura tiene actualmente cobertura de seguro dental? .....  Sí  No

Tipo de cobertura continua:  Grupal  Individual  Otra: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí:

Nombre(s) del solicitante/miembro de la familia \_\_\_\_\_

Nombre(s) del solicitante/miembro de la familia: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del solicitante/miembro de la familia: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Fecha en que comenzó la cobertura: \_\_\_\_\_ Fecha en que terminó: \_\_\_\_\_

D. ¿Alguna de las personas que solicita cobertura califica para Medicare o está recibiendo beneficios de Medicare actualmente? .....  Sí  No

NOTA: Si usted califica para Medicare, Blue Cross **no puede** duplicar los beneficios de Medicare

**PRESENTAR COMPROBANTE DE COBERTURA – Para cumplir con las leyes estatales y federales, esta solicitud debe ir acompañada de un comprobante de esta cobertura.**

**Los siguientes son comprobantes aceptables:**

1. Certificado de cobertura de la aseguradora anterior, o
2. Copia de la tarjeta de identificación y copia del talón de pago que muestre la deducción por cobertura médica, o
3. Copia de la factura más reciente de la prima médica o certificado de cobertura de la aseguradora anterior.

**No avisar ni proporcionar comprobante de cobertura previa puede someterlo a usted o su familia a una cláusula de enfermedad preexistente de seis meses.**

**Continúa en la página siguiente ➡**



**6 AUTORIZACIÓN – La siguiente autorización debe ser firmada por TODOS LOS EMPLEADOS que solicitan cobertura.**

Nº de Seguro social o identificación									

**ACEPTO:** Entiendo y doy fe de que toda la información en este formulario es correcta y verdadera. Entiendo que este formulario y cualquier información que obtenga Blue Cross of California y/o BC Life & Health Insurance Company previo a la fecha de inicio de cobertura es la base sobre la cual se emite la cobertura bajo el plan. Además, autorizo a mi empleador a que deduzca de mi sueldo la contribución del costo del plan (si la hubiere) que se requiera para solicitar este plan. Certifico que trabajo en el recinto comercial del empleador con empleo permanente.

Entiendo que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura y que no habrá tal a menos que y hasta que esta solicitud y la de mi empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por BLUE CROSS y BC LIFE & HEALTH INSURANCE COMPANY.

Incluso si se aprueba esta solicitud, cualquier error u omisión puede dar como resultado que se nieguen futuras solicitudes de reintegro y que la póliza sea revocada.

**ESTOY SOLICITANDO COBERTURA PPO:** Entiendo que soy responsable de una porción mayor de mis costos médicos cuando utilizo un proveedor no participante. Si se selecciona un Plan PPO y se utiliza un proveedor no participante, los pagos médicos se basarán en el porcentaje menor de la tarifa negociada y yo seré responsable de cualquier monto que supere dicho pago.

**ESTOY SOLICITANDO COBERTURA HMO:** Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados que no están autorizados por mi grupo médico primario.

**ESTOY SOLICITANDO COBERTURA DE VIDA A TÉRMINO:**

Iniciales:  Entiendo que: Estoy presentando esta solicitud al departamento de seguros de vida de BC Life & Health Insurance Company (BCL&H) y que si se da una o más de las siguientes circunstancias, la información médica de esta solicitud se usará en el departamento de seguros de vida de BCL&H para determinar si se me ofrecerá o no un seguro de vida:  
 1) mi empleador tiene de 2 a 10 empleados inscritos; 2) la fecha de esta solicitud excede los treinta (30) días después de mi fecha de elegibilidad para la cobertura; 3) el monto de la cobertura que estoy solicitando es de más de \$50,000; 4) estoy solicitando cobertura de vida suplementaria.

**ACUERDO DE ARBITRAJE:** Si su cobertura está bajo un plan privado del empleador regido por ERISA (Ley de 1974 de seguridad de ingresos por jubilación laboral), es posible que ciertas disputas no queden sujetas a las siguientes cláusulas de arbitraje:

Si estoy inscrito en un plan de beneficios patrocinado por el empleador que esté sujeto a ERISA (Ley de 1974 de seguridad de ingresos por jubilación laboral, Título 29 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.), sección 1001 y siguientes), entiendo que cualquier disputa que implique una determinación adversa sobre los beneficios referente a una solicitud de reintegro no puede quedar sujeta a arbitraje vinculante.

Sin embargo, entiendo también que cualquier disputa que tenga con respecto a una determinación adversa sobre los beneficios referente a una solicitud de reintegro, puede quedar sujeta a arbitraje voluntario después de que se complete el proceso de apelación de solicitud de reintegro de ERISA.

**ENTIENDO QUE TODAS Y CADA UNA DE LAS DISPUTAS RELACIONADAS CON LOS ASUNTOS QUE SURGAN BAJO EL CONTRATO ENTRE MI PERSONA (Y/O CUALQUIER FAMILIAR INSCRITO) Y BC LIFE & HEALTH DEBE SER RESUELTO POR ARBITRAJE OBLIGATORIO, SI ES QUE EL MONTO EN DISPUTA EXCEDE EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL DE MENOR CUANTÍA, Y NO POR DEMANDA NI PROCESO JUDICIAL, EXCEPTO SEGÚN LO ESTIPULA LA LEY DE CALIFORNIA PARA REVISIÓN JUDICIAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ARBITRAJE. BAJO ESTA COBERTURA, TANTO EL MIEMBRO COMO BC LIFE & HEALTH RENUNCIAN A SU DERECHO A QUE SE DECIDA CUALQUIER DISPUTA EN TRIBUNALES ANTE UN JURADO. BC LIFE & HEALTH Y EL MIEMBRO TAMBIÉN ACEPTAN RENUNCIAR A CUALQUIER DERECHO DE PRESENTAR CUALQUIER RECLAMACIÓN O CONTROVERSIA DE UNO CONTRA EL OTRO COMO DEMANDA COLECTIVA. PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ARBITRAJE VINCULANTE U OBLIGATORIO, LEA SU CERTIFICADO.**

**ENTIENDO QUE TODAS Y CUALQUIERA DE LAS DISPUTAS ENTRE MI PERSONA (Y/O CUALQUIER FAMILIAR INSCRITO) Y BLUE CROSS OF CALIFORNIA O SUS AFILIADOS, INCLUYENDO RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA, DEBEN RESOLVERSE POR ARBITRAJE VINCULANTE, SI ES QUE EL MONTO EN DISPUTA EXCEDE EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL DE MENOR CUANTÍA, Y NO POR DEMANDA NI PROCESO JUDICIAL, EXCEPTO SEGÚN LO ESTIPULA LA LEY DE CALIFORNIA PARA REVISIÓN JUDICIAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ARBITRAJE. BAJO ESTA COBERTURA, TANTO EL MIEMBRO COMO BLUE CROSS DE CALIFORNIA RENUNCIAN A SU DERECHO A QUE SE DECIDA CUALQUIER DISPUTA EN LOS TRIBUNALES ANTE UN JURADO. BLUE CROSS DE CALIFORNIA Y EL MIEMBRO TAMBIÉN ACEPTAN RENUNCIAR A CUALQUIER DERECHO DE PRESENTAR CUALQUIER RECLAMACIÓN O CONTROVERSIA DE UNO CONTRA EL OTRO COMO DEMANDA COLECTIVA. PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ARBITRAJE VINCULANTE U OBLIGATORIO, LEA SU EVIDENCIA DE COBERTURA.**

Declaro que al firmar abajo doy fe de que he revisado la información proporcionada en esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, es exacta y verdadera sin errores ni omisiones.

Firma del empleado <b>X</b>	Fecha (Mes/Día/Año)	Firma del cónyuge/pareja de convivencia del empleado (Si es que solicita cobertura) <b>X</b>	Fecha (Mes/Día/Año)
--------------------------------	---------------------	--	---------------------

**PRUEBA DE VIH PROHIBIDA:** La ley de California prohíbe que la prueba del VIH sea un requisito o que sea utilizada por las compañías de seguros de salud como condición para obtener un seguro de salud.

Blue Cross de California y BC Life & Health Insurance Company son licencias independientes de la Blue Cross Association (BCA). El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de servicios de la BCA.

