



Solicitud de Inscripción del Empleado en el Plan de Salud y de Seguro de Vida

Planes de Blue Shield para 101 empleados o más

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

Nota: Si no completa toda esta solicitud de inscripción en forma legible, es posible que se demore el proceso de inscripción.

Motivo de la solicitud:

<input type="checkbox"/> Contratación nueva	<input type="checkbox"/> Fecha de la pérdida de cobertura _____	<input type="checkbox"/> Inscripción tardía
<input type="checkbox"/> Fecha de recontractación _____	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Otro tipo de circunstancia habilitante _____ Fecha de la circunstancia indicada _____

Sección 1: Pautas importantes sobre la inscripción en la cobertura de Beneficios Especializados

Cobertura dental, de la vista y de seguro de vida: Un empleado puede inscribirse en un plan dental, de la vista o de seguro de vida sin inscribirse en un plan de salud. Para que un dependiente pueda inscribirse en un plan dental o de la vista, el empleado debe estar inscrito en el mismo plan dental o de la vista.

La inscripción en un seguro de vida está sujeta a las siguientes normas:

1. La emisión de todas las cantidades de seguro de vida temporal básico para los empleados que se inscriben cuando son elegibles por primera vez para obtener beneficios está totalmente garantizada (no se exige la Evidencia de Asegurabilidad). Se exige la Evidencia de Asegurabilidad para quienes se inscriben tarde.
2. En el caso del seguro de vida suplementario, se exige la Evidencia de Asegurabilidad para todas las cantidades que superen la emisión garantizada.
3. Un empleado debe estar inscrito en la cobertura del seguro de vida suplementario/por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés) para que su cónyuge/pareja doméstica o sus hijos dependientes sean elegibles para la cobertura del seguro de vida suplementario. Para ser elegibles para la cobertura del seguro de vida suplementario, el cónyuge/pareja doméstica y/o los hijos dependientes no deben estar cubiertos por el seguro de vida básico para dependientes.

Sección 2: Plan(es). Elija y complete el o los nombres de los planes según corresponda.

Beneficios médicos sin opciones de planes de salud asociados a cuentas (ABHP, por sus siglas en inglés):

<input type="checkbox"/> Active Choice®*	<input type="checkbox"/> Active Choice® Plus _____	<input type="checkbox"/> Active Choice® Classic _____	<input type="checkbox"/> Access+ HMO® _____
<input type="checkbox"/> Access+ HMO® SaveNet SM _____	<input type="checkbox"/> Local Access+ HMO® _____	<input type="checkbox"/> Trio HMO _____	
<input type="checkbox"/> Added Advantage POS SM _____	<input type="checkbox"/> Full PPO _____	<input type="checkbox"/> Full PPO Savings [†] _____	<input type="checkbox"/> Full EPO _____
<input type="checkbox"/> Tandem PPO _____	<input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings [†] _____	<input type="checkbox"/> Tandem EPO _____	<input type="checkbox"/> Blue Shield 65 Plus SM (HMO) _____

Beneficios médicos con opciones de planes de salud asociados a cuentas (ABHP):

Active Choice®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Full PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Active Choice® Plus: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Full PPO Savings [†] : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> LPFSA [‡]
Active Choice® Classic: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Full EPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Access+ HMO®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Access+ HMO® SaveNet SM : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem PPO Savings [†] : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> LPFSA [‡]
Local Access+ HMO®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem EPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Trio HMO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Blue Shield 65 Plus SM (HMO): <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA

Beneficios Especializados: Seguro de vida grupal temporal básico/AD&D* _____ Seguro de vida básico para dependientes* _____

Seguro de vida suplementario* _____ Seguro AD&D suplementario* _____ Dental PPO _____

Dental HMO _____ Vista* _____ Otro _____

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

† Los planes Full PPO Savings y Tandem PPO Savings son planes de salud con deducibles altos elegibles para una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés).

‡ Deben combinarse únicamente con un plan HSA.

Nota: Blue Shield no brinda consejos sobre impuestos ni ofrece HSA, cuentas de reembolso de gastos médicos (HRA, por sus siglas en inglés), cuentas para el incentivo de la salud (HIA, por sus siglas en inglés), cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) ni cuentas de gastos flexibles de propósito limitado (LPFSA, por sus siglas en inglés).

Solo para uso interno. No escriba en esta sección y pase a la Sección 3.

Código del departamento	Identificación del grupo	Identificación del subgrupo	Identificación de clase	Fecha de comienzo _____
-------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------	-------------------------

Sección 3: Información del empleado

Número de Seguro Social	Nombre del empleador (grupo)		
Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	
Situación de trabajo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado	Fecha de contratación: _____	Puesto/clasificación en el trabajo	

Sección 3: Información del empleado (continuación)

Dirección particular (calle, ciudad, estado, código postal)		Cantidad del seguro de vida grupal temporal básico/AD&D:
		Cantidad del seguro de vida para dependientes (todos los dependientes elegibles estarán cubiertos):
Dirección postal (si es distinta de la dirección particular)		Cantidad del seguro de vida suplementario:
		Cantidad del seguro AD&D suplementario:
Número de teléfono celular	Número de teléfono fijo	Dirección electrónica (obligatoria para los mensajes electrónicos)

Acepto que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse conmigo sobre mi cuenta y los diversos programas de salud y bienestar disponibles para mí, y otra información promocional que pueda beneficiarnos a mí y a mis dependientes, incluso por teléfono o por mensaje de texto a los números que he indicado en este formulario, usando un marcador automático o una voz artificial o pregrabada; se aplican las tarifas de datos estándar. Sí No

Su participación es voluntaria y puede darse de baja en cualquier momento. Visite blueshieldca.com/terms para obtener más información.

Preferencia para los mensajes: Electrónicos En papel **¡Deje de usar papel!** Recibirá un correo electrónico con un enlace que le permitirá registrar su cuenta, personalizar sus preferencias para los mensajes y obtener acceso a su tarjeta de identificación digital y a la información de sus beneficios.

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 doméstica
Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Otro _____		

¿Inscribe a su cónyuge/pareja doméstica y/o a sus hijos dependientes? Sí No **Si su respuesta es "Sí", complete la Sección 4 de la solicitud.**

Cuéntenos sobre usted. ¿Cómo describiría su raza o grupo étnico? Estas preguntas son opcionales y solo se usan para ayudar a garantizar que todos los miembros tengan el mismo acceso a la atención de la más alta calidad.

1. ¿Es usted de origen hispano o latino?	2. Si contesta "Sí", elija una opción:	3. ¿Con qué raza(s) se identifica? (elija una)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoestadounidense o chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> 2 o más grupos étnicos <input type="checkbox"/> Otro grupo étnico hispano, latino o español: _____	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> 2 o más razas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar

Información de proveedores HMO: Sitio web del directorio de Blue Shield of California: blueshieldca.com/fap/app/search.html

Nombre del médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés):	Número de proveedor:
Nombre de IPA/grupo médico:	Número de IPA/grupo médico:
	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor dental:	Número de proveedor dental:
	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 4: Información del cónyuge/pareja doméstica/hijos dependientes. Si usted, su cónyuge/pareja doméstica o sus dependientes rechazan la cobertura, complete y firme el formulario de Rechazo de Cobertura.

Dirección del dependiente, si no es igual a la del empleado; en ese caso, indique a qué dependiente(s) corresponde:

¿Todos sus dependientes son de la misma raza y grupo étnico que el suscriptor? Sí No
Si contestó "No", indique la raza y el grupo étnico para cada uno de sus dependientes.

Información del cónyuge/pareja doméstica que se inscribe	Se inscribe en (marque todo lo que corresponda)	Solo HMO y Added Advantage POS: nombre del médico de atención primaria	Solo Dental HMO: proveedor dental
¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?			
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Primer nombre e inicial del segundo _____ Apellido _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Seguro de vida supl. \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro AD&D supl. \$ _____	Nombre del médico Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor _____ Nombre de IPA/grupo médico _____ Número de IPA/grupo médico _____ ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor dental Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor dental _____ ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preferencia para los mensajes: <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel		Dirección electrónica (obligatoria para los mensajes electrónicos)	
Información del o de los hijos dependientes que se inscriben	Se inscribe en (marque todo lo que corresponda)	Solo HMO y Added Advantage POS: nombre del médico de atención primaria	Solo Dental HMO: proveedor dental
¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?			
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Primer nombre e inicial del segundo _____ Apellido _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ ¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Seguro de vida supl. \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro AD&D supl. \$ _____	Nombre del médico Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor _____ Nombre de IPA/grupo médico _____ Número de IPA/grupo médico _____ ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor dental Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor dental _____ ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preferencia para los mensajes: <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel		Dirección electrónica (obligatoria para los mensajes electrónicos)	
¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?			
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Primer nombre e inicial del segundo _____ Apellido _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ ¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Seguro de vida supl. \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro AD&D supl. \$ _____	Nombre del médico Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor _____ Nombre de IPA/grupo médico _____ Número de IPA/grupo médico _____ ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor dental Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor dental _____ ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preferencia para los mensajes: <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel		Dirección electrónica (obligatoria para los mensajes electrónicos)	

Sección 4: Información del cónyuge/pareja doméstica/hijos dependientes (continuación)

¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?

<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Primer nombre e inicial del segundo Apellido Número de Seguro Social Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Seguro de vida supl. \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro AD&D supl. \$ _____	Nombre del médico Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor _____ Nombre de IPA/grupo médico _____ Número de IPA/grupo médico _____ ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor dental Nombre _____ Apellido _____ Número de proveedor dental _____ ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preferencia para los mensajes: <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel		Dirección electrónica (obligatoria para los mensajes electrónicos)	

Sección 5: Beneficiario del seguro de vida

Beneficiario principal. Blue Shield Life pagará los fondos recaudados al beneficiario principal. Si se nombra a más de una persona como beneficiario principal, los fondos recaudados se distribuirán de manera equitativa entre aquellos beneficiarios principales que sobrevivan al asegurado, a menos que se especifique lo contrario en el campo de porcentaje de beneficios.

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	
Número de Seguro Social	Relación	% de beneficios	Fecha de nacimiento
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	
Número de Seguro Social	Relación	% de beneficios	Fecha de nacimiento
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal

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

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	
Número de Seguro Social	Relación	% de beneficios	Fecha de nacimiento
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal

Si el beneficiario es una entidad fiduciaria o una corporación, brinde el nombre y la fecha del acuerdo de fideicomiso y el estado donde se estableció la entidad.

Nombre de la entidad fiduciaria/corporación	Fecha del acuerdo de fideicomiso	Estado donde se estableció la entidad
---	----------------------------------	---------------------------------------

LEYES DE PROPIEDAD COMUNAL: Si usted está casado o forma parte de un acuerdo de convivencia en pareja, vive en un estado de propiedad comunal (Arizona, California, Idaho, Luisiana, Nevada, Nuevo México, Texas, Washington o Wisconsin) y nombra como beneficiario a una persona que no sea su cónyuge/pareja doméstica, es posible que el pago de los beneficios sufra una demora o una disputa a menos que su cónyuge/pareja doméstica también firme la designación del beneficiario.

Acepto la o las designaciones de beneficiarios indicadas anteriormente.

Nombre del cónyuge/pareja doméstica en letra de imprenta: _____

Firma del cónyuge/pareja doméstica: _____ Fecha: _____

Sección 6: Información de Medicare

- ¿Están usted o alguno de sus dependientes cubiertos actualmente por Medicare? Sí No
 Si su respuesta es "Sí", adjunte una copia de su(s) tarjeta(s) de Medicare y/o indique aquí el tipo de cobertura:
 Parte A: Fecha de comienzo: _____ (mm/dd/aaaa)
 Parte B: Fecha de comienzo: _____ (mm/dd/aaaa)
- ¿Es elegible para Medicare debido a una insuficiencia renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No
 Si su respuesta es "Sí", conteste las siguientes preguntas:
 a) ¿Cuándo empezó el tratamiento de diálisis y qué tipo de diálisis recibe?
 Fecha _____
 Tipo: Hemodiálisis Autodiálisis (peritoneal)
 b) Si recibió un trasplante de riñón, ¿cuándo se hizo el trasplante? _____ (mm/dd/aaaa)

Sección 7: Autorización

La siguiente sección de autorización debe estar firmada por **todos** los empleados que pidan cobertura con Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield Life").

Esta inscripción no se puede procesar sin su autorización firmada.

Acepto que: toda la información incluida en este formulario es correcta y verdadera hasta donde yo sé. Entiendo que es la base sobre la cual puede emitirse la cobertura del plan. Entiendo que si he cometido fraude o he falseado intencionalmente cualquier hecho fundamental en relación con esta solicitud, es posible que Blue Shield of California/Blue Shield Life tome alguna de las siguientes determinaciones dentro de los primeros 24 meses de cobertura: que mi cobertura se cancele o que mi cobertura quede sin efecto 30 días después de recibir un aviso. Entiendo que la cobertura no empezará hasta que esta solicitud y la de mi empleador hayan sido aprobadas por Blue Shield of California/Blue Shield Life.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Nombre del empleado en letra de imprenta _____

Además, autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución (si la hubiera) exigida para el costo de este plan.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Nombre del empleado en letra de imprenta _____

Revelación de la información personal y sobre la salud

En Blue Shield of California/Blue Shield Life, entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información personal y tomamos con seriedad nuestra obligación de proteger esa información. La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información personal independientemente del formato en el que la conservemos (impreso, electrónico u oral). Esta declaración se aplica a la información personal que Blue Shield obtiene, crea y/o conserva sobre usted y sus dependientes cubiertos.

Al administrar su cobertura de Blue Shield, recopilamos, usamos y revelamos información sobre usted y sus dependientes cubiertos, y creamos registros sobre usted, su tratamiento médico y los servicios que le brindamos. La información de estos registros se llama información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) e incluye información personal que lo identifica individualmente, como su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguro Social, además de información relacionada con su salud, como diagnósticos médicos o información sobre reclamaciones.

Obtenemos la PHI sobre usted y/o sus dependientes cubiertos por medio de usted, según lo que nos indica y/o con su permiso. Además, obtenemos su PHI de otras fuentes según lo permite la ley; por ejemplo, de su proveedor de atención de la salud, aseguradora, organización de apoyo en materia de seguros, organización de intercambio de información de la salud, plan de salud o agente de seguros. Usamos y revelamos su PHI para administrar su cobertura de Blue Shield y según lo permita o exija de otro modo la ley. Al hacerlo, podemos revelar su PHI a terceros; por ejemplo, a un proveedor de atención de la salud, una aseguradora, una organización de apoyo en materia de seguros, un mercado de seguros de salud, un plan de salud o su agente de seguros.

Blue Shield tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") que describe sus derechos de privacidad, nuestra obligación de proteger su privacidad y cómo usamos su PHI con y sin su autorización específica. Cuando usamos o revelamos su PHI, estamos sujetos a los términos del Aviso, que se aplica a todos los registros que creamos, obtenemos y/o conservamos que contengan su PHI. Usted recibirá nuestro Aviso cuando se inscriba en la cobertura de seguro de Blue Shield. Para obtener una copia de nuestro Aviso, también puede llamar al número de servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visitar nuestro sitio web, blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/confidentiality.sp.

Además, autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución (si la hubiera) exigida para el costo de este plan.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Nombre del empleado en letra de imprenta _____

La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud exijan o usen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.

Declaración del agente/corredor de seguros

Declaración del agente/corredor de seguros que brinda ayuda en la presentación de esta solicitud: (1) Hasta donde yo sé, la información de la solicitud está completa y es correcta; y (2) he explicado al solicitante, de manera fácil de entender, el riesgo que supone para el solicitante brindar información incorrecta, y el solicitante entendió la explicación.

Firma del agente/corredor de seguros _____ Fecha _____

Si un agente o corredor de seguros intencionalmente declara como verdadero cualquier hecho fundamental que sabe que es falso, esa persona estará sujeta a una multa civil de hasta diez mil dólares (\$10,000), además de cualquier sanción o determinación disponible que corresponda de acuerdo con la ley vigente. Cualquier fiscal puede presentar un proceso civil para imponer una sanción civil. Estas sanciones se deben pagar al Insurance Fund (Fondo del Seguro).

Revelación: documento traducido

Tenga en cuenta que la versión en inglés es la versión oficial del documento y se adjunta a modo de referencia.

Esta versión en otro idioma es únicamente para fines informativos.

Disclosure: Translated Document

Please note the English language version is the official version of the document, and is attached for reference.

This foreign language version is for informational purposes only.

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company cumple con las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California Life & Health Insurance Company no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield Life:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield Life.

Si cree que Blue Shield Life no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede hacer un reclamo en:

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007

Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición.

También puede comunicarse con el California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California) si cree que Blue Shield of California Life & Health Insurance Company no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Además, puede hacer un reclamo en:

California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 S. Spring Street, South Tower
Los Angeles, CA 90013

Teléfono: 1-800-927-HELP (4357) o TDD 1-800-482-4833

Los formularios de quejas están disponibles en www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help

Si cree que no le han dado estos servicios o que lo han discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de dicha oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。 您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجانی مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាភិក្ខុថ្មីៗ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357. Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากล่าม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'. Díí shá ata'halne'dooígí hólóq̄doo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolnít nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodiílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodiílnih. Hózhó shíká aná'a'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áah naa'nil bił haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodiílnih. Navajo

ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ1-800-927-4357. Laotian