



# Solicitud de Cambio para Suscriptores de Pequeñas Empresas

Fecha de comienzo: 1 de julio de 2024

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

Todas las solicitudes de cambio deben recibirse dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que empieza a tener validez el cambio. Este formulario se usa para pedir cambios en la información personal, agregar o cancelar la cobertura de dependientes, o cambiar de plan durante la inscripción abierta. Los empleados que piden un nuevo médico de atención primaria (planes HMO) deben visitar [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) o comunicarse con Blue Shield llamando al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield.

## ¿Qué cambios hará? (Elija todo lo que corresponda)

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dirección del suscriptor                                | <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento              | <input type="checkbox"/> Cambio de dirección del dependiente          | <input type="checkbox"/> Fecha de contratación   |
| <input type="checkbox"/> Cambio de número de teléfono o de dirección electrónica | <input type="checkbox"/> Número de Seguro Social          | <input type="checkbox"/> Incorporación de dependientes a la cobertura | <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura |
| <input type="checkbox"/> Cambio de nombre del suscriptor                         | <input type="checkbox"/> Cambio de nombre del dependiente | <input type="checkbox"/> Actualización de la fecha de comienzo        | <input type="checkbox"/> Cambios en el plan      |

## Período de Inscripción Especial

Si hace cambios en la inscripción o en la cobertura durante un Período de Inscripción Especial, escriba la situación calificante: \_\_\_\_\_

Fecha de la situación calificante: \_\_\_\_\_

## Información del suscriptor. Se debe brindar toda la información que se pide en esta sección para todos los cambios.

Nombre del empleado inscrito (suscriptor)		Número de identificación del suscriptor de Blue Shield	
Número de Seguro Social (según lo exigen los CMS)		Situación de trabajo <input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 horas)	
		<input type="checkbox"/> Tiempo parcial (entre 20 y 29 horas)	
		<input type="checkbox"/> Beneficiario de COBRA/Cal-COBRA	
Nombre del empleador/grupo		Identificación del grupo de Blue Shield (en la tarjeta de identificación) Fecha de comienzo pedida	

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

## Actualización de la información del miembro

### Cambio de dirección

Complete esta sección para actualizar su dirección. Incluya la dirección anterior y la dirección nueva completas. Planes HMO: Si se mudó fuera del área de servicio de su médico de atención primaria, deberá cambiar de médico de atención primaria. Visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) o comuníquese con Blue Shield llamando al número que está en su tarjeta de identificación para obtener más información.

Dirección anterior	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección nueva	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Nombre del dependiente (si el cambio de dirección se aplica solo al dependiente): \_\_\_\_\_

### Cambio de número de teléfono o de dirección electrónica

Complete esta sección para actualizar su número de teléfono o dirección electrónica con Blue Shield.

Número de teléfono anterior	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo	Dirección electrónica anterior
Número de teléfono nuevo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo	Dirección electrónica nueva

Nombre del suscriptor N.º de identificación del suscriptor Nombre del empleador/grupo

**Cambio de nombre del empleado (es probable que se deba presentar documentación)**

Nota: Una copia de la orden judicial, la licencia de matrimonio, la licencia de conducir o la tarjeta de identificación son ejemplos de la documentación que se debe presentar.

Nombre anterior (primer nombre, apellido) Nombre nuevo (primer nombre, apellido)

Motivo del cambio:  Matrimonio  Divorcio  Otro motivo (especifique): ¿Se adjuntó la documentación?  Sí  No

**Corrección de la fecha de nacimiento (se debe presentar documentación)**

Nota: Una copia de la licencia de conducir, la tarjeta de identificación o el certificado de nacimiento son ejemplos de la documentación que se debe presentar.

Nombre del miembro Fecha de nacimiento ¿Se adjuntó la documentación?  Sí  No

**Cambio o corrección del número de Seguro Social (se debe presentar documentación)**

Una copia de la tarjeta de Seguro Social, una carta de verificación de la oficina de Seguro Social y una declaración escrita en la que se explique el motivo del cambio son ejemplos de la documentación que se debe presentar.

Número de Seguro Social anterior Número de Seguro Social nuevo ¿Se adjuntó la documentación?  Sí  No

**Cambios relacionados con la elegibilidad del miembro**

**Incorporación de dependientes a la cobertura**

Complete esta sección para agregar un cónyuge, una pareja doméstica o un hijo dependiente a la cobertura del empleado. Copie y adjunte páginas adicionales según sea necesario si desea agregar varios dependientes. La solicitud se debe recibir dentro del tiempo permitido según la situación calificante o durante el período de inscripción abierta del grupo. Es posible que se deba presentar documentación para verificar la fecha de la situación calificante, que puede ser la pérdida de cobertura, una adopción o la cobertura por orden judicial. Se debe completar y presentar un formulario de **Rechazo de Cobertura (C19927)** por cada dependiente que rechace la cobertura del plan.

**Nota:** Se debe brindar el número de Seguro Social de acuerdo con las pautas de los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid).

**Dependiente 1**

**Relación con el empleado**

- Hijo dependiente
- Cónyuge/pareja doméstica
- Hijo dependiente: tutela legal

**Motivo de la incorporación**

- Recién nacido
- Adopción
- Orden judicial\*
- Matrimonio
- Convivencia en pareja
- Pérdida de cobertura
- Inscripción abierta
- Otra situación calificante (especifique):

\* Se debe presentar la orden judicial. Fecha de la situación calificante: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social Fecha de nacimiento Sexo:  Masculino  Femenino

¿Con qué raza se identifica este dependiente?

¿Con qué grupo étnico se identifica este dependiente?

Primer nombre Inicial del 2.º nombre Apellido Sufijo

Dirección (si no es igual a la del empleado) Ciudad Estado Código postal

En los últimos 12 meses, ¿estuvo el dependiente cubierto por otro plan de seguro de salud?  Sí  No

Si contesta "Sí", especifique el nombre del plan y de la aseguradora, y las fechas de comienzo y fin de la cobertura:

Nombre del plan y de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor HMO Número del proveedor HMO Nombre del grupo médico/asociación de práctica independiente (IPA, por sus siglas en inglés) ¿Es paciente actual?  Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO Número del proveedor de Dental HMO ¿Es paciente actual?  Sí  No

¿Se inscribe en los mismos productos que eligió el suscriptor?  Sí  No Si contesta "No", complete y adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura.

Nombre del suscriptor N.º de identificación del suscriptor Nombre del empleador/grupo

**Dependiente 2**

**Relación con el empleado**

- Hijo dependiente
- Cónyuge/pareja doméstica
- Hijo dependiente: tutela legal

**Motivo de la incorporación**

- Recién nacido
- Adopción
- Orden judicial\*
- Matrimonio
- Convivencia en pareja
- Pérdida de cobertura
- Inscripción abierta
- Otra situación calificante (especifique): \_\_\_\_\_

\* Se debe presentar la orden judicial. Fecha de la situación calificante: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social Fecha de nacimiento Sexo:  Masculino  Femenino

¿Con qué raza se identifica este dependiente?

¿Con qué grupo étnico se identifica este dependiente?

Primer nombre Inicial del 2.º nombre Apellido Sufijo

Dirección (si no es igual a la del empleado) Ciudad Estado Código postal

En los últimos 12 meses, ¿estuvo el dependiente cubierto por otro plan de seguro de salud?  Sí  No

Si contesta "Sí", especifique el nombre del plan y de la aseguradora, y las fechas de comienzo y fin de la cobertura:

Nombre del plan y de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor HMO Número del proveedor HMO Nombre del grupo médico/IPA ¿Es paciente actual?  Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO Número del proveedor de Dental HMO ¿Es paciente actual?  Sí  No

¿Se inscribe en los mismos productos que eligió el suscriptor?  Sí  No Si contesta "No", complete y adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura.

**Cancelación de la cobertura de dependientes**

Complete esta sección para cancelar la totalidad de la cobertura de Blue Shield de su cónyuge, pareja doméstica o hijo dependiente debido a que ya no son elegibles. Si alguno de los dependientes para los que se pide la cancelación todavía es elegible para recibir cobertura o si la cobertura se cancela de forma parcial (no es el caso de todos los planes), se debe completar y presentar un formulario de Rechazo de Cobertura para esos planes que se rechazan/cancelan.

**Relación con el empleado**

- Hijo dependiente
- Cónyuge/pareja doméstica

**Motivo de la cancelación**

- Divorcio  Muerte
- Reclutamiento militar

- Otra cobertura de seguro
- Fin del acuerdo de convivencia en pareja

**Fecha de la situación**

Número de Seguro Social Fecha de nacimiento Sexo:  Masculino  Femenino

Primer nombre Inicial del 2.º nombre Apellido Sufijo

Dirección (si no es igual a la del empleado) Ciudad Estado Código postal

¿Desea cancelar la cobertura para todos los planes de Blue Shield?  Sí  No Si contesta "No", complete y adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura.

**Relación con el empleado**

- Hijo dependiente
- Cónyuge/pareja doméstica

**Motivo de la cancelación**

- Divorcio  Muerte
- Reclutamiento militar

- Otra cobertura de seguro
- Fin del acuerdo de convivencia en pareja

**Fecha de la situación**

Número de Seguro Social Fecha de nacimiento Sexo:  Masculino  Femenino

Primer nombre Inicial del 2.º nombre Apellido Sufijo

Dirección (si no es igual a la del empleado) Ciudad Estado Código postal

¿Desea cancelar la cobertura para todos los planes de Blue Shield?  Sí  No Si contesta "No", complete y adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura.

Nombre del suscriptor		N.º de identificación del suscriptor		Nombre del empleador/grupo	
<b>Relación con el empleado</b>		<b>Motivo de la cancelación</b>		<input type="checkbox"/> Otra cobertura de seguro	
<input type="checkbox"/> Hijo dependiente		<input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Muerte		<input type="checkbox"/> Fin del acuerdo de convivencia en pareja	
<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja doméstica		<input type="checkbox"/> Reclutamiento militar		<b>Fecha de la situación</b>	
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Primer nombre		Inicial del 2.º nombre		Apellido	
Dirección (si no es igual a la del empleado)		Ciudad		Estado	
				Código postal	

¿Desea cancelar la cobertura para todos los planes de Blue Shield?  Sí  No Si contesta "No", complete y adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura.

## Cambios en el plan

### Solicitud de cambios en el plan

Para indicar los cambios de cobertura pedidos durante un período anual o especial de inscripción abierta, complete todas las secciones que siguen correspondientes a las opciones de planes médicos y planes especializados.

**Planes de beneficios médicos:** Consulte con su empleador para determinar los planes de beneficios disponibles para usted.

Ningún cambio en los beneficios médicos.

### Planes Blue Shield of California Off-Exchange Package

#### Planes PPO: Red Full PPO

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Platinum Full PPO 0/0 OffEx    | <input type="checkbox"/> Silver Full PPO 2000/60 OffEx  |
| <input type="checkbox"/> Platinum Full PPO 0/10 OffEx   | <input type="checkbox"/> Silver Full PPO 2350/65 OffEx* |
| <input type="checkbox"/> Platinum Full PPO 250/10 OffEx | <input type="checkbox"/> Silver Full PPO 2550/70 OffEx  |
| <input type="checkbox"/> Platinum Full PPO 250/15 OffEx | <input type="checkbox"/> Bronze Full PPO 5500/65 OffEx  |
| <input type="checkbox"/> Gold Full PPO 0/35 OffEx       | <input type="checkbox"/> Bronze Full PPO 6250/65 OffEx  |
| <input type="checkbox"/> Gold Full PPO 500/30 OffEx     | <input type="checkbox"/> Bronze Full PPO 6500/70 OffEx  |
| <input type="checkbox"/> Gold Full PPO 750/30 OffEx     | <input type="checkbox"/> Bronze Full PPO 6850/55 OffEx  |
| <input type="checkbox"/> Gold Full PPO 1000/35 OffEx    | <input type="checkbox"/> Bronze Full PPO 7500/65 OffEx  |

#### Planes HDHP compatibles con HSA: Red Full PPO

- Gold Full PPO Savings 1750/15% HDHP PrevRx OffEx  
 Silver Full PPO Savings 2300/30% OffEx  
 Silver Full PPO Savings 2600/35% HDHP PrevRx OffEx  
 Bronze Full PPO Savings 5700/40% OffEx  
 Bronze Full PPO Savings 7500 OffEx

#### Planes HDHP compatibles con HSA: Red Tandem PPO

- Gold Tandem PPO Savings 1750/15% HDHP PrevRx OffEx  
 Silver Tandem PPO Savings 2300/30% OffEx  
 Silver Tandem PPO Savings 2600/35% HDHP PrevRx OffEx  
 Bronze Tandem PPO Savings 5700/40% OffEx  
 Bronze Tandem PPO Savings 7500 OffEx

#### Planes Tandem PPO: Red Tandem PPO

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Platinum Tandem PPO 0/0 OffEx                               | <input type="checkbox"/> Silver Tandem PPO 2000/60 OffEx                            |
| <input type="checkbox"/> Platinum Tandem PPO 0/10 OffEx                              | <input type="checkbox"/> Silver Tandem PPO 2350/65 OffEx*                           |
| <input type="checkbox"/> Platinum Tandem PPO 250/10 OffEx                            | <input type="checkbox"/> Silver Tandem PPO 2550/70 OffEx                            |
| <input type="checkbox"/> Platinum Tandem PPO 250/15 OffEx                            | <input type="checkbox"/> Virtual Blue <sup>SM</sup> Silver Tandem PPO 2700/75 OffEx |
| <input type="checkbox"/> Virtual Blue <sup>SM</sup> Platinum Tandem PPO 250/20 OffEx | <input type="checkbox"/> Bronze Tandem PPO 5500/65 OffEx                            |
| <input type="checkbox"/> Gold Tandem PPO 0/35 OffEx                                  | <input type="checkbox"/> Bronze Tandem PPO 6250/65 OffEx                            |
| <input type="checkbox"/> Gold Tandem PPO 500/30 OffEx                                | <input type="checkbox"/> Bronze Tandem PPO 6500/70 OffEx                            |
| <input type="checkbox"/> Gold Tandem PPO 750/30 OffEx                                | <input type="checkbox"/> Bronze Tandem PPO 6850/55 OffEx                            |
| <input type="checkbox"/> Gold Tandem PPO 1000/35 OffEx                               | <input type="checkbox"/> Bronze Tandem PPO 7500/65 OffEx                            |
| <input type="checkbox"/> Virtual Blue <sup>SM</sup> Gold Tandem PPO 1500/45 OffEx    | <input type="checkbox"/> Virtual Blue <sup>SM</sup> Bronze Tandem PPO 7500/75 OffEx |

#### Planes Access+ HMO: Red Access+ HMO

- Platinum Access+ HMO<sup>®</sup> 0/20 OffEx  
 Platinum Access+ HMO<sup>®</sup> 0/25 OffEx  
 Platinum Access+ HMO<sup>®</sup> 0/30 OffEx  
 Gold Access+ HMO<sup>®</sup> 0/35 OffEx  
 Gold Access+ HMO<sup>®</sup> 500/35 OffEx  
 Gold Access+ HMO<sup>®</sup> 1000/35 OffEx  
 Gold Access+ HMO<sup>®</sup> 1500/35 OffEx  
 Silver Access+ HMO<sup>®</sup> 2300/70 OffEx  
 Silver Access+ HMO<sup>®</sup> 2750/70 OffEx  
 Bronze Access+ HMO<sup>®</sup> 7000/70 OffEx

#### Planes Local Access+ HMO: Red Local Access+ HMO

- Platinum Local Access+ HMO<sup>®</sup> 0/20 OffEx  
 Platinum Local Access+ HMO<sup>®</sup> 0/25 OffEx  
 Platinum Local Access+ HMO<sup>®</sup> 0/30 OffEx  
 Gold Local Access+ HMO<sup>®</sup> 0/35 OffEx  
 Gold Local Access+ HMO<sup>®</sup> 500/35 OffEx  
 Gold Local Access+ HMO<sup>®</sup> 1000/35 OffEx  
 Gold Local Access+ HMO<sup>®</sup> 1500/35 OffEx  
 Silver Local Access+ HMO<sup>®</sup> 2300/70 OffEx  
 Silver Local Access+ HMO<sup>®</sup> 2750/70 OffEx  
 Bronze Local Access+ HMO<sup>®</sup> 7000/70 OffEx

#### Planes Trio HMO: Red Trio ACO HMO

- Platinum Trio HMO 0/20 OffEx  
 Platinum Trio HMO 0/25 OffEx  
 Platinum Trio HMO 0/30 OffEx  
 Gold Trio HMO 0/35 OffEx  
 Gold Trio HMO 500/35 OffEx  
 Gold Trio HMO 1000/35 OffEx  
 Gold Trio HMO 1500/35 OffEx  
 Silver Trio HMO 2300/70 OffEx  
 Silver Trio HMO 2750/70 OffEx  
 Bronze Trio HMO 7000/70 OffEx

### Planes Blue Shield of California Mirror Package

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blue Shield Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental                      | <input type="checkbox"/> Blue Shield Access+ Gold 80 HMO <sup>®</sup> 250/35 + Child Dental    |
| <input type="checkbox"/> Blue Shield Gold 80 PPO 350/25 + Child Dental                        | <input type="checkbox"/> Blue Shield Access+ Silver 70 HMO <sup>®</sup> 2500/55 + Child Dental |
| <input type="checkbox"/> Blue Shield Silver 70 PPO 2500/55 + Child Dental                     | <input type="checkbox"/> Blue Shield Trio Platinum 90 HMO 0/20 + Child Dental                  |
| <input type="checkbox"/> Blue Shield Bronze 60 PPO 6300/60 + Child Dental                     | <input type="checkbox"/> Blue Shield Trio Gold 80 HMO 250/35 + Child Dental                    |
| <input type="checkbox"/> Blue Shield Silver 70 HDHP PPO 2300/30% + Child Dental Alt           | <input type="checkbox"/> Blue Shield Trio Silver 70 HMO 2500/55 + Child Dental                 |
| <input type="checkbox"/> Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO 7500/0% + Child Dental Alt            | <input type="checkbox"/> Blue Shield Trio Bronze 60 HMO 7000/70 + Child Dental Alt             |
| <input type="checkbox"/> Blue Shield Access+ Platinum 90 HMO <sup>®</sup> 0/20 + Child Dental |  |

\* El plan Silver Full PPO 2350/65 OffEx y el plan Silver Tandem PPO 2350/65 OffEx brindan cobertura mejorada para los miembros a los que les diagnosticaron diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) y enfermedad de la arteria coronaria (CAD, por sus siglas en inglés).

**Planes de beneficios especializados: selección de planes dentales\*, de la vista\* y de seguro de vida\***

\* Solo se pueden seleccionar beneficios que ofrezca el grupo de su empleador. Si selecciona beneficios que el grupo de su empleador no ofrece, no se incluirán en su inscripción.

**Elija un plan dental (Sección SB1) y/o un plan de la vista (Sección SB2) si los ofrece su empleador.**

**Complete la Sección SB3 para el seguro de vida/por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés) si los ofrece su empleador.**

**Sección SB1: Cobertura dental****Planes Dental HMO**

DHMO Basic  DHMO Standard  DHMO Plus  DHMO Deluxe  DHMO Voluntary

**Planes Dental PPO**

<input type="checkbox"/> Bronze DPPO/\$1000/MAC	<input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$1500/U90/Adult+Child Ortho
<input type="checkbox"/> Bronze DPPO/\$1000/MAC/Child Only Ortho	<input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$2000/U90
<input type="checkbox"/> Bronze DPPO/\$1500/MAC	<input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$2000/U90/Adult+Child Ortho
<input type="checkbox"/> Bronze DPPO/\$1500/MAC/Child Only Ortho	<input type="checkbox"/> Platinum DPPO/\$2500/U90
<input type="checkbox"/> Silver DPPO/\$1500/MAC	<input type="checkbox"/> Platinum DPPO/\$2500/U90/Adult+Child Ortho
<input type="checkbox"/> Silver DPPO/\$1500/MAC/Adult+Child Ortho	<input type="checkbox"/> Platinum DPPO/\$3000/U90
<input type="checkbox"/> Silver DPPO/\$1500/U90	<input type="checkbox"/> Platinum DPPO/\$3000/U90/Adult+Child Ortho
<input type="checkbox"/> Silver DPPO/\$1500/U90/Adult+Child Ortho	<input type="checkbox"/> Platinum DPPO/\$5000/U90
<input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$1500/MAC	<input type="checkbox"/> Platinum DPPO/\$5000/U90/Adult+Child Ortho
<input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$1500/MAC/Adult+Child Ortho	<input type="checkbox"/> Diamond DPPO/\$3000/U95
<input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$2000/MAC	<input type="checkbox"/> Diamond DPPO/\$3000/U95/Adult+Child Ortho
<input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$2000/MAC/Adult+Child Ortho	<input type="checkbox"/> Diamond DPPO/\$5000/U95
<input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$1500/U90	<input type="checkbox"/> Diamond DPPO/\$5000/U95/Adult+Child Ortho

**Planes Dental PPO (disponibles solamente para los grupos inscritos en estos planes antes del 31 de diciembre de 2021)**

<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Value 50/1500/No Ortho/MAC/NR	<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus Gold 50/1500/Ortho/U80
<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> 50/1500/No Ortho/MAC/NR	<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus Gold 50/2500/Ortho/U90/ADV
<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus 50/1500/Ortho/MAC/NR	<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus Gold 50/2500/No Ortho/U90/ADV
<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic 75/1000/No Ortho/MAC/NR	<input type="checkbox"/> Ultimate Dental Plus PPO for Small Business 50/2000/Ortho/MAC/NR
<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic 50/1000/No Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/No Ortho/U90
<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus 50/1500/No Ortho/MAC/WP	
<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Deluxe 50/1500/Ortho/MAC/NR	
<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Deluxe Gold 50/1500/Ortho/U85/NR	

**Planes Dental PPO voluntarios\*\***

<input type="checkbox"/> Bronze Voluntary DPPO/\$1000/MAC	<input type="checkbox"/> Bronze Voluntary DPPO/\$1000/MAC/Child Only Ortho
<input type="checkbox"/> Bronze Voluntary DPPO/\$1500/MAC	<input type="checkbox"/> Bronze Voluntary DPPO/\$1500/MAC/Child Only Ortho

**Planes Dental PPO voluntarios\* (disponibles solamente para los grupos inscritos en estos planes antes del 31 de diciembre de 2021)**

<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC/NR	<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic Voluntary 50/1500/Ortho/U80
<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic Voluntary 50/1000/No Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic Voluntary 50/1000/No Ortho/U80 (sin espera)†

**Planes Dental In-Network Only (INO) (disponibles solamente para los grupos inscritos en estos planes antes del 31 de diciembre de 2018)**

Smile<sup>SM</sup> INO Dental Plan 50/1500/Endo-Perio 80%/Ortho  
 Smile<sup>SM</sup> INO Dental Plan 50/1500/Endo-Perio 80%/No Ortho

**Planes Dental PPO (disponibles solamente para los grupos inscritos en estos planes antes del 31 de diciembre de 2018)**

<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Deluxe 50/1500/Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Value 50/1500/No Ortho/MAC
<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Deluxe Gold 50/1500/Ortho/U85	<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic 75/1000/No Ortho/MAC
<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Plus 50/1500/Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Smile <sup>SM</sup> Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC

\* Los planes dentales voluntarios exigen la inscripción de un (1) empleado elegible como mínimo.

† Para este plan voluntario, no hay períodos de espera ni es necesario presentar una prueba de cobertura anterior.

\*\* Los planes voluntarios incluyen un período de espera de 12 meses para los servicios mayores y los servicios de ortodoncia (plan Ortho).

Los planes con la abreviatura ADV (del inglés "advantage" [ventaja]) alientan a los miembros a usar proveedores de la red. NR significa que el saldo no se acumula (por las siglas en inglés de "No Rollover").

Nombre del suscriptor

N.º de identificación del suscriptor

Nombre del empleador/grupo

### Sección SB2: Cobertura de la vista\*

#### Ultimate Vision for Small Business (12-12-12)

- Ultimate Vision Plus 0/0/150/150
- Ultimate Vision 0/0/150
- Ultimate Vision Plus 10/25/150/150
- Ultimate Vision 10/25/150
- Ultimate Vision 0/0/120
- Ultimate Vision 10/25/120
- Ultimate Vision Voluntary 10/25/150<sup>1</sup>

#### Preferred Vision for Small Business (12-12-24)

- Preferred Vision Plus 0/0/150/150
- Preferred Vision 0/0/150
- Preferred Vision Plus 10/25/150/150
- Preferred Vision 10/25/150
- Preferred Vision 0/0/120
- Preferred Vision 10/25/120
- Preferred Vision Voluntary 10/25/120<sup>1</sup>

#### Basic Vision for Small Business (12-24-24)

- Basic Vision Plus 0/0/150/150
- Basic Vision 0/0/150
- Basic Vision Plus 10/25/150/150
- Basic Vision 10/25/150
- Basic Vision 0/0/120
- Basic Vision 10/25/120
- Basic Vision Voluntary 10/25/120<sup>1</sup>

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup> Los planes de la vista voluntarios exigen la inscripción de un (1) empleado elegible como mínimo.

### Sección SB3: Seguro de vida/AD&D

#### Seguro de vida grupal temporal\*

##### Información del empleado

Fecha de empleo a tiempo completo

Promedio de horas trabajadas por semana

Ingresos \$ \_\_\_\_\_

(sin incluir horas extras, bonificaciones, etc.)

Fecha de recontractación

Clase/ocupación

Hora  Semana

Mes  Año

##### Designación del beneficiario

**Leyes de propiedad comunal:** Si usted está casado o tiene 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 es su cónyuge/pareja doméstica, es posible que el pago de los beneficios se demore o se dispute, a menos que su cónyuge/pareja doméstica también firme la designación del beneficiario.

Acepto la o las designaciones de beneficiarios indicadas.

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge/pareja doméstica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge/pareja doméstica (en letra de imprenta)

**Beneficiario principal:** Blue Shield Life pagará los beneficios de seguro de vida al beneficiario principal o a los beneficiarios principales identificados. Un empleado puede designar a más de un beneficiario principal. Indique los porcentajes para cada beneficiario principal en la columna "% de beneficios" para totalizar el 100 % de los beneficios. Si no se define el porcentaje, los beneficios se distribuirán equitativamente entre aquellos beneficiarios principales que sobrevivan al empleado. Para designar a más de dos beneficiarios principales, indíquelo en otra hoja de papel, que debe estar firmada y fechada por el empleado, y adjúntela a este formulario.

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Relación	Fecha de nacimiento	% de beneficios
---------------	------------------------	----------	-------------------------	----------	---------------------	-----------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Relación	Fecha de nacimiento	% de beneficios
---------------	------------------------	----------	-------------------------	----------	---------------------	-----------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Nombre del suscriptor N.º de identificación del suscriptor Nombre del empleador/grupo

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

Primer nombre Inicial del 2.º nombre Apellido Número de Seguro Social Relación Fecha de nacimiento % de beneficios

Dirección Ciudad Estado Código postal

**Cantidades del beneficio para el empleado y los dependientes**

**Comuníquese con su administrador de beneficios para obtener más información sobre su cobertura de seguro de vida grupal.** La cobertura otorgada a las personas indicadas en este formulario de inscripción estará sujeta a todas las disposiciones y limitaciones especificadas en la póliza de seguro de vida grupal de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

Cantidad del seguro de vida básico y AD&D para empleados: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad de cobertura pedida para dependiente(s): \$ \_\_\_\_\_

Cantidad de dependientes elegibles: \_\_\_\_\_ Seguro de vida básico para dependientes:  Sí  No

\* Asegurado por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

**Si se transfiere a uno o más planes médicos HMO y/o dentales HMO, brinde información del médico de atención primaria o del proveedor dental a continuación.\***

Complete esta sección para el suscriptor y todos sus dependientes si tienen un proveedor preferido. Si no indica ningún proveedor, se le asignará uno a cada miembro inscrito.

Apellido Inicial del 2.º nombre Primer nombre Sexo  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento

Nombre del proveedor HMO Número del proveedor HMO Asociación de práctica independiente/grupo médico ¿Es paciente actual?  Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO Número de proveedor de Dental HMO Nombre del grupo dental ¿Es paciente actual?  Sí  No

Apellido Inicial del 2.º nombre Primer nombre Sexo  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento

Nombre del proveedor HMO Número del proveedor HMO Asociación de práctica independiente/grupo médico ¿Es paciente actual?  Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO Número de proveedor de Dental HMO Nombre del grupo dental ¿Es paciente actual?  Sí  No

Apellido Inicial del 2.º nombre Primer nombre Sexo  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento

Nombre del proveedor HMO Número del proveedor HMO Asociación de práctica independiente/grupo médico ¿Es paciente actual?  Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO Número de proveedor de Dental HMO Nombre del grupo dental ¿Es paciente actual?  Sí  No

Apellido Inicial del 2.º nombre Primer nombre Sexo  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento

Nombre del proveedor HMO Número del proveedor HMO Asociación de práctica independiente/grupo médico ¿Es paciente actual?  Sí  No

Nombre del proveedor de Dental HMO Número de proveedor de Dental HMO Nombre del grupo dental ¿Es paciente actual?  Sí  No

\* Nota: Si Blue Shield no puede asignar el médico de atención primaria y/o el proveedor de Dental HMO que usted pidió, Blue Shield designará un proveedor al azar. Para cambiar los médicos de atención primaria de HMO, visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) después de la inscripción.

## Confirmación y firma

**Confirmo y acepto lo siguiente:** Toda la información que he brindado en este formulario es exacta y está completa hasta donde yo sé. Entiendo que este formulario, junto con cualquier otro formulario de inscripción previo, la *Evidencia de Cobertura/Certificado de Seguro* y el Acuerdo de Servicios de Salud/Póliza, así como todas las garantías y anexos que correspondan a estos documentos, forman en conjunto el acuerdo de cobertura completo.

Si se inscribe usted o inscribe a sus dependientes, o hace cambios en la cobertura durante un Período de Inscripción Especial, está declarando que usted y/o el dependiente que se inscribe han tenido una de las situaciones calificantes que se detallan en la *Evidencia de Cobertura* y que tiene una prueba de esa situación en caso de que se la pidan.

Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del empleado en letra de imprenta \_\_\_\_\_

### Guarde una copia de este documento para sus registros.

Blue Shield of California protege la privacidad de su información personal, incluida la información sobre la salud que lo identifica individualmente. No revelaremos su información personal sin su autorización, salvo en la medida en que la ley lo permita o lo exija. Para obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Blue Shield, llame al número de servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visite nuestro sitio web en [blueshieldca.com/privacy](https://www.blueshieldca.com/privacy).

### ASEGÚRESE DE ENVIAR TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO.

La información o las páginas faltantes pueden demorar el procesamiento.

Complete su formulario de Solicitud de Cambio para Suscriptores en [blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com).