

**7 AUTORIZACIÓN – TODOS LOS EMPLEADOS que soliciten cobertura deben firmar la siguiente autorización. (Continúa)**  
**AUTHORIZATION – The following Authorization is to be signed by ALL EMPLOYEES applying for coverage. (Continued)**

De estar afiliado a un plan patrocinado por el empleador que está sujeto a la ERISA (1974, 29 U.S.C., artículo 1001 y siguientes), sé que cualquier controversia que implique una determinación de beneficios adversa a causa de una reclamación de salud puede no estar sujeta al arbitraje vinculante obligatorio. No obstante, sé que cualquier disputa en la que yo pueda participar relacionada con una determinación de beneficios adversa a causa de una reclamación de salud puede someterse a arbitraje vinculante voluntario una vez finalizado el procesamiento de apelación de la queja establecido por la ERISA.

No. de seguro social o I.D. Social Security or I.D. No.									

*If I am enrolled in an employer-sponsored benefit plan that is subject to ERISA (Employee Retirement Income Security Act of 1974, 29 U.S.C. section 1001, et seq.) I understand that any dispute involving an adverse benefit determination for a health claim may not be subject to mandatory binding arbitration. However, I further understand that any dispute I may have with respect to an adverse benefit determination for a health claim may be submitted to voluntary binding arbitration after the ERISA claim appeal process is completed.*

Certifico con mi firma que he revisado la información contenida en esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, es verdadera y precisa, y que no existen omisiones ni tergiversaciones.

*I attest by signing below that I have reviewed the information provided on this application and to the best of my knowledge and belief, it is true and accurate with no omissions or misstatements.*

Firma del empleado / <i>Signature of Employee</i> <b>X</b>	Fecha (MM/DD/AA) / <i>Date (MM/DD/YY)</i>
Firma del cónyuge del empleado (si solicita cobertura) / <i>Signature of Employee's Spouse (If applying for coverage)</i> <b>X</b>	Fecha (MM/DD/AA) / <i>Date (MM/DD/YY)</i>

**PRUEBA DE VIH PROHIBIDA:** la ley de California prohíbe que las compañías de seguros exijan o utilicen las pruebas de VIH como requisito para conceder un seguro de salud.

**HIV TESTING PROHIBITED:** California law prohibits an HIV test from being required or used by health insurance companies as a condition of obtaining health insurance.

**Una vez completa, retire la cinta protectora de las páginas del interior, pliéguelas y precíntelas. Entregue la solicitud a su empleador. Las solicitudes incompletas se le devolverán para que las complete. Esto puede retrasar la fecha de entrada en vigor de su cobertura.**

***After completion, remove tape on inside pages, fold closed to seal, and submit application to your employer. Incomplete applications will be mailed back to you for completion. This may delay the effective date of your coverage.***





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

*Blue Cross of California and BC Life & Health Insurance Company are Independent Licensees of the Blue Cross Association (BCA). The Blue Cross name and symbol are registered service marks of the BCA.*

*IS2295 Spanish  
Small Group Employee Application  
(Translated From English 3345 5/04)*



*IS2295 5/04 12*



# Solicitud 2-50 para empleados de pequeños grupos

## 2-50 Small Group Employee Application

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



Blue Cross de California ofrece: planes Premier PPO, planes PPO Copay, Highdeductible EPO, Saver HMO, Classic HMO, HMO 100%, HMO Power Select, Dental Net y Dental Select HMO. BC Life & Health Insurance Company ofrece: Basic PPO, Saver PPO \$35 Copay GenRx, planes Power HealthFund, Advantage PPO; todos los productos dentales excepto Dental Net y Dental Select HMO; planes Life y AD&D. *Blue Cross of California offers: Premier PPO plans, PPO Copay plans, High Deductible EPO, Saver HMO, Classic HMO, HMO 100%, Power Select HMO, Dental Net and Dental SelectHMO. BC Life & Health Insurance Company offers: Basic PPO, Saver PPO, PPO \$35 Copay GenRx, Power HealthFund plans, Advantage PPO; all dental products except Dental Net and Dental SelectHMO; Life and AD&D plans.*

### INSTRUCCIONES / INSTRUCTIONS

- Usted, como empleado, deberá rellenar esta solicitud.** Usted es el único responsable de que la información sea precisa y completa.  
*You, the employee, must complete this application. You are solely responsible for its accuracy and completeness.*
- Todas las preguntas se deben responder por completo; se deben incluir todas las firmas y fechas donde se indique; de lo contrario, se le devolverá la solicitud, lo que provocará un retraso en el procesamiento y, posiblemente, también en la fecha de entrada en vigor de la cobertura.  
*All questions must be answered in full; all signatures and dates must be included where noted; otherwise, the application may be returned to you, resulting in a delay in processing and possibly a delay in the effective date of coverage.*
- Escriba a máquina o en letra de imprenta de modo claro y utilice tinta azul o negra.** No. de grupo / Group No.   
*Type or print clearly using blue or black ink.*

**1 COBERTURA** – Compruebe con su empleador qué planes se encuentran disponibles.  
**COVERAGE** – Please verify with your employer which plans are available.

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

##### MEDICAL COVERAGE SELECTION – Check only one Medical Plan:

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Basic PPO            | <input type="checkbox"/> Advantage PPO \$25 Copay | <input type="checkbox"/> Power HealthFund 750 | <input type="checkbox"/> Saver HMO        |
| <input type="checkbox"/> Saver PPO            | <input type="checkbox"/> Premier PPO \$20 Copay   | <input type="checkbox"/> Power HealthFund 500 | <input type="checkbox"/> Classic HMO      |
| <input type="checkbox"/> PPO \$35 Copay GenRx | <input type="checkbox"/> Premier PPO \$10 Copay   | <input type="checkbox"/> High Deductible EPO  | <input type="checkbox"/> HMO 100%         |
| <input type="checkbox"/> PPO \$40 Copay       |   |   | <input type="checkbox"/> Power Select HMO |
| <input type="checkbox"/> PPO \$30 Copay       | <input type="checkbox"/> Otro / Other _____       |   |   |

**Si selecciona un plan HMO, debe seleccionar un grupo médico primario (PMG, por sus siglas en inglés) o una asociación médica independiente (IPA, por sus siglas en inglés).**

Si selecciona una IPA, seleccione un médico de atención primaria para cada miembro de la familia que se afilia mediante esta solicitud y apúntelos en una lista ordenada por el número que aparece más adelante en la Sección 3A.

**If selecting an HMO, you must select a Primary Medical Group (PMG) or an Independent Practice Association (IPA).**

*If you are selecting an IPA, please select a Primary Care Physician for each enrolling family member and list them by number below in Section 3A.*

Número de consultorio del PMG o la IPA del plan HMO: / HMO plan PMG or IPA Medical Office Number:

¿Es actualmente paciente de ese centro? / Are you currently a patient of this facility?  Sí / Yes  No

#### B. SELECCIÓN DE COBERTURA DENTAL – (Si el grupo ha elegido cobertura dental) – Marque sólo un plan dental:

##### DENTAL COVERAGE SELECTION – (If group has elected Dental Coverage) – Check only one Dental Plan:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Platinum Preferred 2000 | <input type="checkbox"/> High Option PPO*            | Usted debe seleccionar el número de un consultorio dental para los siguientes planes: / You must select a Dental Office No. for the following plans: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Platinum 2000           | <input type="checkbox"/> Standard Option PPO*        |   |
| <input type="checkbox"/> Gold Preferred 1500     | <input type="checkbox"/> Basic Option PPO*           | No. de consultorio dental<br>Dental Office No. <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Gold 1500               |  |   |
| <input type="checkbox"/> Silver 1000             | <input type="checkbox"/> Otro / Other _____          |   |
|  | <input type="checkbox"/> Blue Cross Dental SelectHMO |   |

\* Se sustituye el sistema de pago por servicio para cobertura dental si el miembro de la familia no está incluido en el área de servicios dentales del PPO. / Fee-for-service dental coverage is substituted if the member is outside of PPO dental service area.

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

**OPTIONAL DEPENDENT LIFE INSURANCE** (Available only if offered by employer.)

Sí / Yes  No

#### D. SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO (Disponible únicamente si lo ofrece el empleador).

**SUPPLEMENTAL LIFE INSURANCE** (Available only if offered by employer.)

Sí / Yes  No    Importe / Amount:  \$15,000     \$25,000     \$50,000     \$100,000



IS2295 5/04 01

**2 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO – Deberá rellenarla el empleado.**  
**EMPLOYEE INFORMATION – Must be completed by employee.**

- Afiliación de nuevo grupo / *New group enrollment*
- Contrato nuevo / *New hire*
- Adición de un nuevo miembro de la familia  
*Family addition*
- Cambio de cobertura / *Change of coverage*
- Afiliación tardía / *Late enrollment*
- Otro / *Other*

- COBRA
- Cal-COBRA\*

No. de seguro social o I.D.  
*Social Security or I.D. No.*

Fecha de entrada en vigor  
 de COBRA/Cal-COBRA:  
*COBRA/Cal-COBRA Effective Date:*

\* Los solicitantes de Cal-COBRA deberán hacer efectiva la prima del primer mes.  
*Cal-COBRA applicants must submit first month's premium.*

Apellido / <i>Last Name</i>		Nombre / <i>First Name</i>		Iniciales del 2º nombre / <i>M.I.</i>		Estado civil <i>Marital Status</i> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <i>Single Married</i>		No. de seguro social o I.D. <i>Social Security or ID No.</i>	
Domicilio (no se acepta apartado postal, a menos que se trate de un apartado postal rural) <i>Home Address (P.O. Box not acceptable unless rural P.O. Box)</i>				No. apt. <i>Apt No.</i>		No. de dependientes, cónyuge incluido* <i># of Dependents including Spouse</i>		No. de seguro social o I.D. del cónyuge <i>Spouse's Social Security or ID No.</i>	
Ciudad / <i>City</i>				Estado <i>State</i>		Código postal <i>ZIP Code</i>		Teléfono particular <i>Home Phone No.</i> ( )	
Fecha de contratación (MM/DD/AA) <i>Hire Date (MM/DD/YY)</i>		Nombre del empleador <i>Employer Name</i>			Ocupación/cargo <i>Occupation/Job Title</i>		<input type="checkbox"/> A tiempo parcial <i>Part time</i> <input type="checkbox"/> A tiempo completo <i>Full time</i>		No. de horas trabajadas por semana <i># of Hours Worked per Week</i>
Teléfono laboral <i>Business Phone No.</i> ( )		Sueldo (obligatorio) \$ <i>Salary (Required)</i>		<input type="checkbox"/> por hora <i>Hourly</i> <input type="checkbox"/> semanal <i>Weekly</i> <input type="checkbox"/> mensual <i>Monthly</i>		Beneficiario del seguro de vida – Apellido, nombre, iniciales del 2º nombre <i>Life Insurance Beneficiary – Last Name, First, M.I.</i>			Parentesco <i>Relationship</i>
Opción de idioma (optativo) / <i>Language Choice (Optional)</i> <input type="checkbox"/> Inglés / <i>English</i> <input type="checkbox"/> Español / <i>Spanish</i> <input type="checkbox"/> Chino / <i>Chinese</i> <input type="checkbox"/> Coreano / <i>Korean</i>									

\* El cónyuge incluye a la pareja de hecho ÚNICAMENTE si el empleador ha elegido esa cobertura. Si se dispone de cobertura, la inscripción de la pareja de hecho debe ir acompañada de una declaración jurada de pareja de hecho firmada y autenticada o, si corresponde, de una copia de una declaración de convivencia válida registrada y sellada por la Secretaría de Estado de California.  
*Spouse includes domestic partner ONLY if your employer has elected that coverage. If coverage is available, domestic partner enrollment requires submission of a signed and notarized Domestic Partner Affidavit or, if applicable, a copy of a valid Declaration of Domestic Partnership filed with and stamped by the Secretary of State of California.*

Para uso exclusivo de la oficina, por favor.  
*For Office Use Only Please*



**7 AUTORIZACIÓN – TODOS LOS EMPLEADOS que soliciten cobertura deben firmar la siguiente autorización.**

**AUTHORIZATION – The following Authorization is to be signed by ALL EMPLOYEES applying for coverage.**

No. de seguro social o I.D.  
Social Security or I.D. No.

**DECLARO QUE:** a mi leal saber y entender, toda la información aportada en este formulario es correcta y verdadera. Sé que esta solicitud, así como la información que Blue Cross of California o BC/Life & Health Insurance Company obtengan antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura es la base sobre la cual se puede proporcionar cobertura conforme al plan. Asimismo, autorizo a mi empleador a deducir de mi salario la contribución (si corresponde) necesaria para cubrir el costo de este plan. Certifico que trabajo en la empresa del empleador en condición de empleo fijo.

**I AGREE:** To the best of my knowledge and belief, all information on this form is correct and true. I understand that this application and any information Blue Cross of California and/or BC Life & Health Insurance Company obtains prior to the effective date of coverage is the basis on which coverage may be issued under the plan. I further authorize my employer to deduct from my earnings the contribution (if any) required to apply toward the cost of this plan. I certify that I am working at the employer's place of business in permanent employment.

Sé que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura y que no dispondré de cobertura hasta que esta solicitud y la efectuada por mi empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por BLUE CROSS y BC LIFE & HEALTH INSURANCE COMPANY.

*I understand that my employer's application will determine coverage and that there is no coverage unless and until this application and an application made by my employer have been accepted and approved by BLUE CROSS and BC LIFE & HEALTH INSURANCE COMPANY.*

Incluso si se aprueba esta solicitud, cualquier tergiversación u omisión pueden ocasionar la denegación de solicitudes de prestaciones futuras y la rescisión de la póliza.

*Even if this application is approved, any misstatements or omissions may result in future claims being denied and the policy being rescinded.*

**SOLICITO LA COBERTURA PPO:** sé que, en caso de utilizar un proveedor no participante, soy responsable de una mayor parte de mis costos médicos. Si se selecciona un plan PPO y se utiliza un proveedor no participante, los pagos médicos se calcularán sobre el porcentaje más bajo de la tarifa negociada y yo seré responsable de cualquier importe que exceda dicha cantidad.

**I AM APPLYING FOR PPO COVERAGE:** I understand that I am responsible for a greater portion of my medical costs when I use a non-participating provider. If a PPO Plan is selected and a non-participating provider is used, medical payments will be based upon the lesser percentage of the negotiated fee rate and I will be responsible for any amount over that payment.

**SOLICITO LA COBERTURA HMO:** sé que soy el responsable de pagar los servicios suministrados que no hayan sido autorizados por mi grupo médico primario.

**I AM APPLYING FOR HMO COVERAGE:** I understand that I am responsible for paying for services rendered that are not authorized by my primary medical group.

**SOLICITO UN PLAN EPO COMPATIBLE CON UNA CUENTA DE AHORROS MÉDICA (HSA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS):** sé que los planes High Deductible están diseñados para el uso de la Organización de proveedores exclusivos (EPO, por sus siglas en inglés), y la utilización de proveedores no participantes podría ocasionar costos desembolsables significativamente más altos. Sé que esta cobertura no establece una HSA. Para ello, debo ponerme en contacto con una institución financiera que reúna los requisitos. Asimismo, sé que debo consultar con mi asesor fiscal.

**I AM APPLYING FOR A HEALTH SAVINGS ACCOUNT (HSA) COMPATIBLE EPO PLAN:** I understand that the High Deductible Plans are designed for Exclusive Provider Organization (EPO) usage, and that using non-participating providers could result in significantly higher out-of-pocket costs. I understand that having this coverage does not establish an HSA. To do so, I must contact a qualified financial institution. Also, I understand that I should consult my tax advisor.

Firma del empleado / Signature of Employee <b>X</b>	Fecha (MM/DD/AA) / Date (MM/DD/YY)
Firma del cónyuge del empleado (si solicita cobertura) Signature of Employee's Spouse (If applying for coverage) <b>X</b>	Fecha (MM/DD/AA) / Date (MM/DD/YY)

**Continúa en la página siguiente.  
Continued on the following page ➔**



**7 AUTORIZACIÓN – TODOS LOS EMPLEADOS que soliciten cobertura deben firmar la siguiente autorización. (Continúa)**

**AUTHORIZATION – The following Authorization is to be signed by ALL EMPLOYEES applying for coverage. (Continued)**

No. de seguro social o I.D. Social Security or I.D. No.									

**SOLICITO COBERTURA DE TÉRMINO DE VIDA:** entiendo que someto esta solicitud al departamento de BC Life & Health Insurance Company (BCL&H) y si se aplica una o más de las siguientes circunstancias, la información médica contenida en esta solicitud será usada en el departamento BCL&H para determinar si se me ofrecerá o no seguro de término de vida: 1) mi empleador tiene entre 2 y 10 empleados registrados; 2) la fecha de esta solicitud es mayor de treinta (30) días después de la fecha de mi elegibilidad para recibir cobertura; 3) la cantidad de cobertura por término de vida que estoy solicitando es de más de \$50.000; 4) Estoy solicitando cobertura de vida suplementaria.

**I AM APPLYING FOR TERM LIFE COVERAGE:** I understand that I am submitting this application to the life insurance department of BC Life & Health Insurance Company (BCL&H) and that if one or more of the following circumstances apply, then the medical information on this application will be used in the life department of BCL&H to determine whether or not life insurance will be offered to me: 1) my employer has 2-10 enrolled employees; 2) the date of this application is more than thirty (30) days after my eligibility date for coverage; 3) the amount of term life insurance coverage I am applying for is over \$50,000; 4) I am applying for supplemental life coverage.

**ACUERDO DE ARBITRAJE:** en caso de que su cobertura se ofrezca de conformidad con un plan privado del empleador regido por ERISA (Ley de garantía de ingresos por jubilación del empleado de 1974), determinadas controversias pueden no estar sujetas a las siguientes cláusulas de arbitraje:

**ARBITRATION AGREEMENT:** If your coverage is under a private employer plan governed by ERISA (Employment Retirement Income Security Act of 1974), certain disputes may not be subject to the following arbitration provisions:

sé que algunas o todas las controversias entre Blue Cross of California/BC Life & Health y mi persona (y/o cualquier miembro de mi familia afiliado), incluidas las demandas por negligencia médica, se resolverán por arbitraje vinculante, si el importe en litigio supera el límite jurisdiccional del Small Claims Court (Tribunal de quejas menores), y no se resolverán por demanda ni se recurrirá a ningún proceso en tribunales, excepto si las leyes de California disponen la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Según esta cobertura, tanto el miembro como Blue Cross/BC Life & Health renuncian al derecho de resolución de disputas ante un tribunal de justicia o ante un jurado. Asimismo, Blue Cross/BC Life & Health y el miembro también convienen en renunciar a cualquier derecho para seguir cualquier queja o controversia uno contra el otro. Si desea obtener más información sobre el arbitraje vinculante, consulte su Prueba de cobertura/certificado.

I understand that any and all disputes between myself (and/or any enrolled family member) and Blue Cross of California/ BC Life & Health, including claims for medical malpractice, must be resolved by binding arbitration, if the amount in dispute exceeds the jurisdictional limit of the Small Claims Court, and not by lawsuit or resort to court process, except as California law provides for judicial review of arbitration proceedings. Under this coverage, both the member and Blue Cross/BC Life & Health are giving up the right to have any dispute decided in a court of law before a jury. Blue Cross/BC Life & Health and the member also agree to give up any right to pursue on a class basis any claim or controversy against the other. For more information regarding binding arbitration, please refer to your Evidence of Coverage/ Certificate.

Firma del empleado / Signature of Employee <b>X</b>	Fecha (MM/DD/AA) / Date (MM/DD/YY)
Firma del cónyuge del empleado (si solicita cobertura) Signature of Employee's Spouse (If applying for coverage) <b>X</b>	Fecha (MM/DD/AA) / Date (MM/DD/YY)

**Continúa en la página siguiente.  
Continued on the following page ➡**



TODOS LOS EMPLEADOS DEBEN APORTAR LA INFORMACIÓN SIGUIENTE  
ALL EMPLOYEES MUST COMPLETE THE FOLLOWING

**6 OTRA COBERTURA PARA TODOS LOS EMPLEADOS Y DEPENDIENTES QUE SE AFILIAN:**

deben responderse todas las preguntas.

No. de seguro social o I.D.  
Social Security or I.D. No.

**OTHER COVERAGE FOR ALL ENROLLING EMPLOYEES AND DEPENDENTS:** All questions must be answered.

- A. ¿Alguna persona de las que consta en esta solicitud tiene la intención de proseguir con otra cobertura de grupo si se acepta esta solicitud?  
Do any persons on this application intend to continue other Group coverage if this application is accepted? .....  Sí / Yes  No

En caso afirmativo, nombre de la persona / If yes, Name of person: Compañía de seguros / Insurance Company:

- B. ¿Alguna de las personas que solicitan actualmente cobertura tiene ya la cobertura de un seguro de salud?  
Does any person applying for coverage currently have health insurance coverage? .....  Sí / Yes  No

¿Alguna de las personas que solicitan cobertura ha tenido cobertura de un seguro de salud en los últimos seis meses?  
Has any person applying for coverage had health insurance coverage at any time in the past six months? .....  Sí / Yes  No

En caso afirmativo, nombre/s del solicitante/de los miembros de la familia / If yes, Applicant/family member name(s)

Tipo de cobertura continua / Type of continuous coverage:

Grupo / Group  Individual / Individual  Otro / Other: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros / Insurance Company: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la cobertura / Date coverage began: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización / Date ended: \_\_\_\_\_

- C. ¿Alguna de las personas que solicitan actualmente cobertura dispone ya de la cobertura de un seguro dental?  
Does any person applying for coverage currently have Dental Insurance Coverage? .....  Sí / Yes  No

Tipo de cobertura continua / Type of continuous coverage:

Grupo / Group  Individual / Individual  Otro / Other: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, nombre de la persona / If yes, Name of person: Compañía de seguros: / Insurance Company:

Fecha de inicio de la cobertura / Date coverage began: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización / Dated ended: \_\_\_\_\_

- D. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura es elegible para Medicare o es beneficiaria actualmente de Medicare?  
Is any person applying for coverage eligible for Medicare or currently receiving Medicare benefits? .....  Sí / Yes  No

NOTA: si es elegible para Medicare, Blue Cross **no puede** duplicar los beneficios de Medicare.

NOTE: If you are eligible for Medicare, Blue Cross **may not** duplicate Medicare benefits.

**ENVÍO DE PRUEBA DE COBERTURA – Para cumplir con la legislación federal y estatal, esta solicitud debe ir acompañada de pruebas de dicha cobertura.**

**SUBMIT PROOF OF COVERAGE – To comply with federal and state laws, proof of this coverage must accompany this application.**

**Formas aceptables de prueba / Acceptable forms of proof are:**

1. Certificado de cobertura de la compañía de seguros anterior, **o**  
Certificate of coverage from prior carrier, **or**
2. Copia del documento de I.D. **y** copia de la nómina donde se refleje la deducción por cobertura médica, **o**  
Copy of I.D. card **and** copy of payroll stub showing medical coverage deduction, **or**
3. Copia del recibo de prima médica más reciente o del certificado de cobertura de la compañía de seguros anterior.  
Copy of most recent medical premium bill or certificate of coverage from prior carrier.

**Si no aporta la información y las pruebas de la cobertura anterior, usted o algún miembro de su familia puede verse sujeto a una cláusula de condiciones preexistentes de seis meses.**

**Failure to advise and provide proof of prior coverage may subject you or a family member to a six-month preexisting conditions clause.**

Continúa en la página siguiente.  
Continued on the following page ➔



IS2295 5/04 08

Luego de terminar, quite la cinta del interior de las páginas, pliéguelas para cerrarlas y sellarlas, y presente la solicitud a su empleador.  
After completion, remove tape on inside pages, fold closed to seal, and submit application to your employer.

**3 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO/DEPENDIENTE** – Apunte únicamente a los dependientes elegibles que se afilien e inclúyase.

**EMPLOYEE / DEPENDENT INFORMATION** – List yourself and only those eligible dependents who are enrolling.

No. de seguro social o I.D.  
Social Security or I.D. No.

Un “dependiente” elegible es el cónyuge legítimo o la pareja de hecho del empleado (en caso de que el empleador haya elegido proporcionar cobertura a las parejas de hecho); un/a hijo/a (excepto un recién nacido) de un empleado que sea el tutor legal permanente de dicho/a hijo/a y para el cual se haya emitido una orden válida del tribunal en la que se dictamine la tutela; los/as hijos/as solteros/as del empleado o del cónyuge del empleado menores de 19 años o los/as hijos/as solteros/as del empleado o del cónyuge afiliado con una edad de entre diecinueve (19) y veinticuatro (24) años que reúnan los requisitos como dependientes a efectos de los impuestos federales sobre la renta y sean estudiantes a tiempo completo. Blue Cross exige anualmente una prueba por escrito de la condición de estudiante.

*An eligible “dependent” is an employee’s lawful spouse or domestic partner (if employer has elected to cover domestic partners); a child (except a newborn) of an employee who is the permanent legal guardian of that child and for which a valid court order establishing guardianship has been submitted; the unmarried child(ren) of the employee or, of the employee’s spouse who are under age 19, or, the unmarried child(ren) of the employee or enrolled spouse from the nineteenth (19th) to the twenty-fourth (24) birthday who qualify as dependents for federal income tax purposes and are full time students. Blue Cross requires written proof of student status annually.*

**Si el apellido del cónyuge es diferente del suyo, ¿es su cónyuge su pareja de hecho?**  
*If spouse’s last name is different from yours, is he/she a domestic partner?*  Sí / Yes  No

**ADICIÓN DE UN NUEVO MIEMBRO DE LA FAMILIA / FAMILY ADDITION:**

**Fecha del matrimonio / Date of marriage:**

**Fecha de adopción / Date of Adoption:**

**3A. Sólo HMO – IPA**

Si selecciona una IPA, debe seleccionar un médico de atención primaria para cada uno de los miembros de su familia.

**3A. HMO only – IPA**  
If you select an IPA you must choose a primary care physician for each member of your family.

Sexo Sex	Apellido Last Name	Nombre First Name	MI**	Altura Height	Peso Weight	¿Discapacitado? Disabled?	Fecha de nacimiento / Birthdate Mes Día Año Mo. Day Year	No. del médico de atención primaria Primary Care Physician No.
<input type="checkbox"/> Hombre/Male <input type="checkbox"/> Mujer/Female	Empleado Employee					<input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Hombre/Male <input type="checkbox"/> Mujer/Female	Cónyuge* Spouse					<input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Hijo/Son <input type="checkbox"/> Hija/Daughter						<input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Hijo/Son <input type="checkbox"/> Hija/Daughter						<input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Hijo/Son <input type="checkbox"/> Hija/Daughter						<input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Hijo/Son <input type="checkbox"/> Hija/Daughter						<input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Hijo/Son <input type="checkbox"/> Hija/Daughter						<input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Hijo/Son <input type="checkbox"/> Hija/Daughter						<input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No		

\* El cónyuge incluye a la pareja de hecho ÚNICAMENTE si el empleador ha elegido esa cobertura. Si se dispone de cobertura, la inscripción de la pareja de hecho debe ir acompañada de una declaración jurada de pareja de hecho firmada y autenticada o, si corresponde, de una copia de una declaración de convivencia válida registrada y sellada por la Secretaría de Estado de California. *Spouse includes domestic partner ONLY if your employer has elected that coverage. If coverage is available, domestic partner enrollment requires submission of a signed and notarized Domestic Partner Affidavit or, if applicable, a copy of a valid Declaration of Domestic Partnership filed with and stamped by the Secretary of State of California.*

\*\* MI = Iniciales del 2º nombre



**4 RENUNCIA A LA COBERTURA** – Debe rellenarse en caso de que un empleado elegible y/o sus dependientes elegibles renuncien a una cobertura o la rechacen. Prueba de cobertura puede exigirse./ **COVERAGE DECLINATION** – To be completed if any coverage is declined or refused by an eligible employee and/or their eligible dependents. Proof of coverage may be required.

No. de seguro social o I.D.  
Social Security or I.D. No.

**A. Renuncio a la cobertura del plan de salud para: / Health Plan coverage declined for:**

- Mí / Myself
- Cónyuge / Spouse
- Hijo/a(s) / Child(ren)

**B. Renuncio a la cobertura dental para: / Dental coverage declined for:**

- Mí / Myself
- Cónyuge / Spouse
- Hijo/a(s) / Child(ren)

**C. Renuncio al seguro de vida para: Life Insurance declined for:**

- Mí / Myself
- Cónyuge / Spouse
- Hijo/a(s) / Child(ren)

**Motivo de la renuncia a la cobertura: (Marque uno)**  
**Reason for declining coverage: (Check one)**

- Cubierto por la cobertura del grupo del cónyuge – Nombre de la compañía de seguros y No. de I.D.: / Covered by spouse's group coverage – Carrier name and I.D. number: \_\_\_\_\_
- Cubierto por una póliza individual de Blue Cross / Covered by Blue Cross Individual Policy
- Cónyuge cubierto por la cobertura médica del grupo del empleador – Nombre de la compañía de seguros: / Spouse covered by employer's group medical coverage – Carrier name: \_\_\_\_\_
- Cubierto por Tricare / Covered by Tricare
- Afiliado a un plan de otra compañía de seguros – Nombre de la compañía de seguros: / Enrolled in any other insurance carrier plan – Carrier name: \_\_\_\_\_
- Medicare     Otra (describala) / Other (Explain): \_\_\_\_\_

Reconozco que mi empleador me ha explicado las coberturas disponibles y sé que tengo derecho a solicitar cobertura. Se me ha dado la posibilidad de solicitar esta cobertura y he decidido no afiliarme y/o no afiliarme a mi(s) dependiente(s), si lo(s) hubiera. He tomado esta decisión de modo voluntario, y nadie ha intentado influenciarme ni presionarme para que renunciara a la cobertura.

**AL RENUNCIAR A ESTA COBERTURA MÉDICA DE GRUPO (A MENOS QUE EL EMPLEADO Y/O LOS DEPENDIENTES DISPONGAN DE OTRA COBERTURA MÉDICA DE GRUPO), ADMITO QUE ES POSIBLE QUE MIS DEPENDIENTES Y YO TENGAMOS QUE ESPERAR HASTA DOCE (12) MESES PARA AFILIARNOS A ESTE PLAN MÉDICO DE GRUPO Y/O PLAN DE SEGUROS DE VIDA DE GRUPO. ES POSIBLE QUE, AL AFILIARME A ESTE PLAN MÉDICO DE GRUPO, LAS CONDICIONES PREEXISTENTES NO QUEDEN CUBIERTAS DURANTE SEIS (6) MESES.**

*I acknowledge that the available coverages have been explained to me by my employer and I know that I have every right to apply for coverage. I have been given the chance to apply for this coverage and I have decided not to enroll myself and/or my dependent(s), if any. I have made this decision voluntarily, and no one has tried to influence me or put any pressure on me to decline coverage. **BY DECLINING THIS GROUP MEDICAL COVERAGE (UNLESS EMPLOYEE AND/OR DEPENDENTS HAVE GROUP MEDICAL COVERAGE ELSEWHERE) I ACKNOWLEDGE THAT MY DEPENDENTS AND I MAY HAVE TO WAIT UP TO TWELVE (12) MONTHS TO BE ENROLLED IN THIS GROUP MEDICAL AND/OR GROUP LIFE INSURANCE PLAN. PREEXISTING CONDITIONS, WHEN ENROLLED IN THIS GROUP MEDICAL PLAN, MAY NOT BE COVERED FOR SIX (6) MONTHS.***

**X**

Firme aquí si renuncia a la cobertura para empleado/dependiente(s)  
Signature if declining coverage for employee/dependent(s)

Fecha (mes/día/año)  
Date (Month/Day/Year)

**5 CUESTIONARIO DE SALUD PARA GRUPOS QUE AFILIEEN ENTRE 1 y 10 EMPLEADOS Y PARA PERSONAS CON AFILIACIÓN TARDÍA:**

**GRUPOS DE ENTRE 11 Y 50 EMPLEADOS: NO RELLENEN ESTA SECCIÓN. PASE A LA SECCIÓN 5A.**  
**HEALTH QUESTIONNAIRE FOR GROUPS ENROLLING 1–10 EMPLOYEES AND LATE ENROLLEES:**  
**GROUPS WITH 11-50 EMPLOYEES: DO NOT COMPLETE THIS SECTION. PLEASE SKIP TO SECTION 5A.**

**HISTORIAL MÉDICO DE USTED Y SU FAMILIA.** Incluya información sobre todos los miembros de la familia a los que desea proporcionar cobertura.

**HEALTH HISTORY OF YOU AND YOUR FAMILY (Include information on all family members you wish to cover.)**

¿Se ha tratado, ha solicitado tratamiento, realizado consultas sobre tratamientos, se le ha recomendado algún tratamiento a alguna de las personas que constan en esta solicitud, ha recibido tratamiento, ha recibido tratamiento quirúrgico o ha estado hospitalizada a causa de alguna de las alteraciones siguientes?

*Has any person listed on this application ever had, consulted for, sought treatment, had treatment recommended, received treatment, been surgically treated or been hospitalized for any of the following conditions?*

Continúa en la página siguiente.  
Continued on the following page ➔



IS2295 5/04 04



**SI HA RESPONDIDO QUE SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DEBE APORTAR LA INFORMACIÓN SIGUIENTE.**

No. de seguro social o I.D.  
Social Security or I.D. No.

**IF YOU ANSWERED "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS ABOVE, YOU MUST COMPLETE THE FOLLOWING.**

Explique y aporte **DETALLES** para cada una de las respuestas afirmativas a todas las alteraciones marcadas en las casillas anteriores. Asimismo, **aporte información detallada sobre la última visita al médico y/o el último examen físico de TODOS los miembros de la familia que consten en la solicitud independientemente de la fecha o el motivo.** (En caso necesario, adjunte hojas adicionales). / *Please explain and provide us with FULL DETAILS for each "Yes" answer to any condition(s) checked in all the preceding boxes. In addition, please give details below of last doctor visit and/or physical examination for ALL family members listed regardless of the date or reason. (Insert additional sheets, if necessary.)*

No. de pregunta Question #	Nombre del miembro de la familia (tal como aparece en el registro del médico) Name of Family Member (As identified on physician's record)
-------------------------------	--

Fecha de inicio/tratamiento (mes/año): Date of Onset/Treatment (Mo/Yr):	Fecha de finalización: Date Ended:	<input type="checkbox"/> Todavía bajo tratamiento Still under treatment
--	---------------------------------------	--

Nombre de las alteraciones/enfermedades tratadas / Name of Condition(s)/Illness(es) Treated

Tratamiento administrado / Treatment Rendered

Medicación (si corresponde) / Medication (if taken)	Fecha de la receta / Date Prescribed	Dosis / Dosage
---	--------------------------------------	----------------

No. de pregunta Question #	Nombre del miembro de la familia (tal como aparece en el registro del médico) Name of Family Member (As identified on physician's record)
-------------------------------	--

Fecha de inicio/tratamiento (mes/año): Date of Onset/Treatment (Mo/Yr):	Fecha de finalización: Date Ended:	<input type="checkbox"/> Todavía bajo tratamiento Still under treatment
--	---------------------------------------	--

Nombre de las alteraciones/enfermedades tratadas / Name of Condition(s)/Illness(es) Treated

Tratamiento administrado / Treatment Rendered

Medicación (si corresponde) / Medication (if taken)	Fecha de la receta / Date Prescribed	Dosis / Dosage
---	--------------------------------------	----------------

No. de pregunta Question #	Nombre del miembro de la familia (tal como aparece en el registro del médico) Name of Family Member (As identified on physician's record)
-------------------------------	--

Fecha de inicio/tratamiento (mes/año): Date of Onset/Treatment (Mo/Yr):	Fecha de finalización: Date Ended:	<input type="checkbox"/> Todavía bajo tratamiento Still under treatment
--	---------------------------------------	--

Nombre de las alteraciones/enfermedades tratadas / Name of Condition(s)/Illness(es) Treated

Tratamiento administrado / Treatment Rendered

Medicación (si corresponde) / Medication (if taken)	Fecha de la receta / Date Prescribed	Dosis / Dosage
---	--------------------------------------	----------------

No. de pregunta Question #	Nombre del miembro de la familia (tal como aparece en el registro del médico) Name of Family Member (As identified on physician's record)
-------------------------------	--

Fecha de inicio/tratamiento (mes/año): Date of Onset/Treatment (Mo/Yr):	Fecha de finalización: Date Ended:	<input type="checkbox"/> Todavía bajo tratamiento Still under treatment
--	---------------------------------------	--

Nombre de las alteraciones/enfermedades tratadas / Name of Condition(s)/Illness(es) Treated

Tratamiento administrado / Treatment Rendered

Medicación (si corresponde) / Medication (if taken)	Fecha de la receta / Date Prescribed	Dosis / Dosage
---	--------------------------------------	----------------

**En caso necesario, agregue hojas adicionales antes de precintar el sobre.**

**Insert additional sheets before sealing, if necessary.**



IS2295 5/04 06

