



Individual Enrollment Application

Solicitud de afiliación individual



The following plans are offered by Blue Cross of California: PPO Share 2500/1500/1000/500, Select HMO, HMO Saver, Individual HMO, EPO and DentalSelect HMO plans. The following plans are offered by BC Life & Health Insurance Company (BCL&H): Basic PPO 1000/2500, PPO Saver, PPO Share 5000/1000/500, RightPlan PPO 40 plans, PPO 3500 (HSA-Compatible), 3500 Deductible PPO, Dental PPO and Term Life products. Blue Cross of California and BCL&H are independent licensees of the Blue Cross Association (BCA). The Blue Cross name and symbol are registered service marks of the BCA.

Blue Cross of California ofrece los siguientes planes: PPO Share 2500/1500/1000/500, Select HMO, HMO Saver, Individual HMO, EPO y DentalSelect HMO. Los siguientes planes se ofrecen en BC Life y Health Insurance Company (BCL&H): Basic PPO 1000/2500, PPO Saver, PPO Share 5000/1000/500, RightPlan PPO 40, PPO 3500 (HSA-Compatible), 3500 Deductible PPO, Dental PPO y los productos Term Life. Blue Cross de California y BCL&H son titulares independientes de la licencia de Blue Cross Association (BCA). El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas de servicio registradas de la BCA.

1. Application must be completed by the applicant in blue or black ink. / El solicitante deberá rellenar la solicitud en tinta azul o negra.
2. Any family member currently pregnant (whether or not listed on the application) or in the process of adoption is not eligible. / Cualquier familiar que esté embarazada actualmente (esté o no presente en la solicitud) o en proceso de adopción no es elegible.

Applicant's Social Security or ID No. No. de seguro social o ID del solicitante									

1. Applicant Information (Please print)

Información del solicitante (escriba en letra de imprenta)

Primary Applicant's Last Name <i>Apellido del solicitante primario</i>	First Name <i>Nombre</i>	M.I. <i>Inicial 2.º nombre</i>
Home Address (Must be complete: P.O. Box not acceptable) <i>Domicilio (es necesario incluir la dirección completa, no se acepta apartado de correos)</i>		
City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	ZIP Code <i>Código postal</i>

Reason for Application (Check one)

Razón para la solicitud (Marcar una)

- New enrollment(s) / Nueva(s) inscripción(es)
- Child only / Sólo niño/niña
- Add dependent(s) to I.D. No: / Agregar dependiente(s) al No. de ID:

To change existing Blue Cross plan, please enter I.D. No:
Cambiar plan Blue Cross existente – No. de ID:

For Summary Bill (existing), please enter I.D. No:
Cuenta resumida (existente) – No. de ID:

Primary Applicant's Social Security or ID No. <i>Número de seguro social o ID del solicitante primario</i>		County Applicant Resides in (Required) <i>Condado en el que reside el solicitante (requerido)</i>		Home Phone No. <i>No. de teléfono del domicilio</i>	
Mailing Address (If different than above) or P.O. Box <i>Domicilio (si es diferente al anterior) o apartado postal</i>		Personal Mail Box (PMB) No. <i>No. de apartado personal (PMB)</i>		Daytime Phone No. <i>No. de teléfono durante el día</i>	
Fax No. <i>No. de fax</i>		City <i>Ciudad</i>		State <i>Estado</i>	
ZIP Code <i>Código Postal</i>		Marital Status <i>Estado civil</i>		Spouse's Social Security or ID No. <i>No. de seguro social o ID del cónyuge</i>	
E-mail Address <i>Dirección de correo electrónico</i>		If possible, do you want e-mail notification? <i>Si es posible, ¿desea recibir notificación por correo electrónico?</i>		Maiden Name of Applicant/Spouse <i>Solicitante/nombre de soltera de la cónyuge</i>	
		<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No			
Has any person listed on this application resided (not traveled) outside the U.S. for the past three (3) consecutive months? <i>¿Alguna persona presente en esta solicitud ha residido (no viajado) fuera de los Estados Unidos durante los últimos tres (3) meses?</i> <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No					
If yes, please explain: / En caso afirmativo, explíquelo:					
Language Choice (Optional) / Opción de idioma (opcional)					
		<input type="checkbox"/> English / Inglés <input type="checkbox"/> Spanish / Español <input type="checkbox"/> Korean / Coreano <input type="checkbox"/> Chinese / Chino			



2. Choice of Blue Cross Individual Coverage / Elección de cobertura individual de Blue Cross

Do you wish to choose FamilyElectSM for medical coverage?
¿Desea elegir la opción de FamilyElect para la cobertura médica?

Yes / Sí No

If **yes**, proceed to Section 3 on the following page. Refer to the 4-digit codes in parentheses below to indicate medical coverage choices in Section 3B for each family member. **(NOTE: If choosing FamilyElectSM, all family members will be assigned the same original effective date.)** / **En caso de respuesta afirmativa, pase a la Sección 3 en la siguiente página. Consulte los códigos de 4 dígitos a continuación para indicar las selecciones de cobertura médica en la Sección 3B para cada miembro de la familia. (NOTA: si elige FamilyElectSM, todos los miembros de la familia recibirán la misma fecha de entrada en vigor original).**

If **no**, select ONE medical plan choice below. / **En caso de respuesta negativa, seleccione UNA opción de plan médico a continuación.**

If you are choosing **Dental** coverage or **Term Life Insurance**, please complete the appropriate sections on pages 2 and 3. / **Si elige cobertura Dental o Seguro de vida a plazo, complete las secciones que correspondan en las páginas 2 y 3.**

MEDICAL COVERAGE / COBERTURA MÉDICA

PPO Coverage <i>Cobertura PPO</i>	BC Life & Health Products <i>Productos de BC Life & Health</i>	Blue Cross of California Products <i>Productos de Blue Cross of California</i>
	<input type="checkbox"/> BC Life Basic PPO 1000 (7900) <input type="checkbox"/> BC Life Basic PPO 1000 without Life (PE25) <input type="checkbox"/> BC Life Basic PPO 2500 (R418) <input type="checkbox"/> BC Life PPO Saver without Life (PE27) <input type="checkbox"/> BC Life PPO Saver (NM31) <input type="checkbox"/> BC Life Share 5000 (H062) <input type="checkbox"/> BC Life 3500 Deductible PPO (R420) <input type="checkbox"/> BC Life RightPlan PPO 40-No Rx (P958) <input type="checkbox"/> BC Life PPO Share 1000 (1930) <input type="checkbox"/> BC Life RightPlan PPO 40-Generic Rx (PE48) <input type="checkbox"/> BC Life PPO Share 500 (1929) <input type="checkbox"/> BC Life RightPlan PPO 40-Comprehensive Rx (PE49) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> BC Life PPO 3500 (HSA-Compatible) (TI60)	<input type="checkbox"/> PPO Share 2500 (7891) <input type="checkbox"/> PPO Share 1500 (7889) <input type="checkbox"/> PPO Share 1000 (1393) <input type="checkbox"/> PPO Share 500 (7895) <input type="checkbox"/> EPO (HSA Compatible) (7892)
Alternative HMO Coverage <i>Cobertura HMO alternativa</i>	<input type="checkbox"/> Select HMO* (PE43) <input type="checkbox"/> HMO Saver * (7896) <input type="checkbox"/> Individual HMO* (7898) * If you have chosen Select HMO, HMO Saver or Individual HMO medical coverage, please complete Section 3A on the following page. / Si eligió la cobertura médica Select HMO, HMO Saver o HMO Individual, complete la sección 3A en la página siguiente.	
	If you do not qualify for an HMO plan, would you like to be considered for enrollment in PPO coverage at a higher premium rate? / Si no reúne los requisitos para optar por el plan HMO, le gustaría ser considerado para inscribirse en la cobertura PPO con un incremento en la tarifa de la prima? <input type="checkbox"/> No, DO NOT enroll me / No, NO me registre <input type="checkbox"/> Yes – Specify any PPO coverage you wish to be enrolled: / Sí – especifique cualquier cobertura PPO en la que desee inscribirse: _____	
HIPAA Enrollment <i>Registro en HIPAA</i>	To determine eligibility for HIPAA guaranteed enrollment, please go to Section 5, questions D–D3. Para determinar la elegibilidad para una inscripción garantizada a HIPAA, vaya a la Sección 5, preguntas D–D3. If eligible, please enroll me in: <input type="checkbox"/> BC Life HIPAA Basic PPO 1000 (PE02) <input type="checkbox"/> BC Life HIPAA PPO Share 5000 (R417) Si soy elegible, regístreme en: <input type="checkbox"/> HIPAA PPO Share 2500 (R415) <input type="checkbox"/> HIPAA PPO Share 1500 (R416)	

DENTAL COVERAGE / COBERTURA DENTAL

BC Life Dental PPO (7874) Dental SelectHMO* (ZE7N)
 Dental Saver SelectHMO* (ZE6N) Dental Premier SelectHMO* (ZE8N)

* For any of the Blue Cross Dental SelectHMO coverages, please indicate the Provider number:
* Para cualquiera de las coberturas Blue Cross Dental SelectHMO, indique el número de proveedor:

Please list applicants you wish to provide Dental coverage for:
Anoté los solicitantes a los que desea proporcionar cobertura dental:

--	--	--	--	--	--

Provider Number
Número de proveedor

Applicant Name <i>Nombre del solicitante</i>	Birthdate <i>Fecha de nacimiento</i>	Applicant Name <i>Nombre del solicitante</i>	Birthdate <i>Fecha de nacimiento</i>	Applicant Name <i>Nombre del solicitante</i>	Birthdate <i>Fecha de nacimiento</i>
Self / Usted mismo/a		Dependent / Dependiente			
Spouse / Cónyuge					



3. Applicants for Medical Coverage / Solicitantes de cobertura médica

Applicant's Social Security or ID No.
No. de seguro social o ID del solicitante

Please list ALL applicants (youngest to oldest) applying for coverage. For RightPlan PPO 40, each member will be enrolled on his/her own policy. Use FamilyElect section 3B. If a family member's last name is different than yours, please explain: / *Incluya a TODOS los solicitantes (de menor a mayor edad) que soliciten cobertura. Para el plan RightPlan PPO 40, cada miembro será inscrito en su propia póliza. Utilice la sección 3B de FamilyElect. Si el apellido de algún miembro de la familia es diferente al suyo, explíquelo:*

MUST BE ACCURATE DEBE SER EXACTO

3A. For HMO Use Only
Sólo para uso de la HMO
 Choose a physician for each family member from the Provider Directory.
Elija a un médico para cada miembro de la familia del directorio de proveedores.

3B. FamilyElect Medical Coverage
Cobertura médica FamilyElect
 Choose Medical Plan code number(s) from Section 2 / *Elija el número del código del plan médico de la Sección 2.*

Relation Parentesco	Last Name First M.I. Apellido Nom. In. 2.º nom.	Social Security or ID No. No. de seguro social o ID	Birthdate Fecha de nacimiento	Age Edad	Height Altura	Weight Peso	PMG/ IPA	Primary Care Physician Médico de asistencia médica primaria (PCP)	Current Patient Paciente actual
10 <input type="checkbox"/> Male/Hombre 20 <input type="checkbox"/> Female/Mujer	Yourself / Usted mismo/a		/ /						<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
30 <input type="checkbox"/> Male/Hombre 40 <input type="checkbox"/> Female/Mujer	Spouse / Cónyuge*		/ /						<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Son/Hijo <input type="checkbox"/> Daughter/Hija			/ /						<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Son/Hijo <input type="checkbox"/> Daughter/Hija			/ /						<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Son/Hijo <input type="checkbox"/> Daughter/Hija			/ /						<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No

3C. Dependent Information: Do you claim all children listed above who are between the ages of 19 through 22 as dependents on your Federal Income Tax? **Información de dependientes:** ¿Declara usted todos los hijos inscritos arriba, de entre 19 y 22 años de edad, como sus dependientes en su declaración de impuestos federales sobre la renta? Yes / Sí No
If "NO", any child between the ages of 19 through 22 who is not claimed on your Federal Income Tax is not eligible as a dependent but may apply individually. / *En caso de respuesta negativa, cualquier hijo entre las edades de 19 a 22 años que no sea declarado como dependiente para propósitos del impuesto federal sobre la renta NO es elegible como dependiente, aunque puede realizar la solicitud de forma individual.*
 *Spouse includes domestic partner (when applicable). Domestic partner enrollment requires submission of a copy of a valid Declaration of Domestic Partnership filed with and stamped by the California Secretary of State. / *El cónyuge incluye al/la compañero(a) de vida (cuando corresponde). La afiliación del compañero de vida requiere la presentación de una copia de la Declaración del Compañero de Vida válida presentada y sellada con el Secretario de Estado de California.*

4A. BC Life & Health Term Life Insurance / Seguro de Vida a plazo BC Life & Health

TERM LIFE COVERAGE / SEGURO DE VIDA A PLAZO

Applicants and/or any dependents that are approved will also qualify for BC Life & Health Insurance Term Coverage at an additional charge. Applicants under the age of one year are not eligible for life insurance.
 Los solicitantes y/o cualesquier dependientes aprobados también podrán optar por la cobertura de Seguro de vida a plazo de BC Life & Health, con un cargo adicional. Los solicitantes menores de un año no son elegibles para el seguro de vida.

DO NOT SUBMIT PREMIUM FOR LIFE INSURANCE. / NO ENVÍE LA PRIMA PARA EL SEGURO DE VIDA.

Family Member Name Nombre del miembro de la familia	✓ Amount of Coverage Cantidad de la cobertura			Beneficiary Name Nombre del beneficiario	Relationship Parentesco	Beneficiary Address City / State / ZIP Code Domicilio del beneficiario Ciudad/Estado/Código postal
	\$15,000* (30)	\$30,000* (31)	\$50,000* (32)			

If you have selected term life coverage, you are submitting this application and providing the information on this application to the life insurance department of BC Life & Health Insurance Company – Initial: _____

Si ha seleccionado la cobertura de vida a plazo, usted está presentando esta solicitud y proporcionando la información en dicha solicitud al departamento de seguro de vida de BC Life y Health Insurance Company – Iniciales: _____

***NOTE:** The \$50,000 amount is not available to applicants under the age of 19. If selected by an approved applicant under age 19, the selection will default to \$30,000. / **NOTA:** la cantidad de \$50,000 no está disponible para solicitantes menores de 19 años. Si la selección un solicitante aprobado menor de 19 años, la selección quedará fijada en \$30,000 de forma predeterminada.

If beneficiary is not listed and policy is issued, death benefits will be paid in accordance with the Beneficiary Provision on page 3 of the Policy. *Si el beneficiario no está inscrito y se emite la póliza, los beneficios en el momento del fallecimiento se pagarán de acuerdo con la disposición de beneficiarios que se encuentra en la página 3 de la Póliza.*

I have discussed Life Insurance with my agent and decline to apply – Initial: _____
He hablado sobre el Seguro de vida con mi agente y rechazo la solicitud - Iniciales: _____

4B. If you have selected BC Life Basic PPO 1000 (7900) or BC Life PPO Saver (NM31), please provide the beneficiary name below:
 Si ha seleccionado BC Life Basic PPO 1000 (7900) o BC Life PPO Saver (NM31), indique el nombre del beneficiario a continuación:



5. Prior Insurance History and HIPAA Eligibility – Please answer ALL of the following questions.

Historial anterior de seguros y elegibilidad HIPAA - conteste TODAS las preguntas siguientes.

Blue Cross credits prior coverage toward the preexisting period for those applicants who apply and are accepted for coverage and request an effective date within 63 days after termination of qualifying prior coverage as required by law. To obtain credit toward the preexisting period, please complete the following. / Blue Cross proporciona cobertura anterior correspondiente al período preexistente a aquellos solicitantes que soliciten cobertura y sean aceptados y que soliciten una fecha de entrada en vigor dentro de los 63 días siguientes a la terminación de la cobertura anterior según la ley. Para obtener crédito para el período preexistente, complete los puntos siguientes.

- A.** Has any applicant been a member of Blue Cross of California or any other health plan within the last 5 years? ... Yes No
 ¿Ha sido algún solicitante miembro de Blue Cross of California o de cualquier otro plan de salud en los últimos 5 años? Sí No
- B.** Has any applicant had coverage in the last 63 days? Yes No
 ¿Ha tenido el solicitante cobertura en los últimos 63 días? Sí No

If you answered "Yes" to A or B above, please provide the following information for each applicant / En caso de respuesta afirmativa a la pregunta A o B anterior, proporcione la siguiente información para cada solicitante:

Applicant Name / Nombre del solicitante	Insurer Name / Nombre del asegurador	Certificate/Policyholder No. No. de certificado/titular de póliza	
Plan Name / Nombre del plan	State / Estado	Most recent coverage start date Fecha de inicio de la cobertura más reciente	End Date Fecha final
Applicant Name / Nombre del solicitante	Insurer Name / Nombre del asegurador	Certificate/Policyholder No. No. de certificado/titular de póliza	
Plan Name / Nombre del plan	State / Estado	Most recent coverage start date Fecha de inicio de la cobertura más reciente	End Date Fecha final
Applicant Name / Nombre del solicitante	Insurer Name / Nombre del asegurador	Certificate/Policyholder No. No. de certificado/titular de póliza	
Plan Name / Nombre del plan	State / Estado	Most recent coverage start date Fecha de inicio de la cobertura más reciente	End Date Fecha final

I certify that my coverage terminated/will terminate on (date): / Certifico que la cobertura terminó/terminará en (fecha):

- Do you agree to discontinue your current coverage if this application is accepted? Yes No
 ¿Acepta cancelar su cobertura actual si se acepta esta solicitud? Sí No

If No, please explain: / En caso de respuesta negativa, explíquelo:

- C.** Has any applicant ever been eligible for or received benefits from any of the following? / ¿Alguna vez ha sido algún solicitante elegible para recibir beneficios de alguno de estos programas, o los ha recibido?
 (Check all that apply): Medicaid Medi-Cal Medicare
 (Marque todas las que correspondan): California State Disability Insurance / Seguro por Incapacidad del estado de California
 Workers' Compensation / Compensación a trabajadores
 Employer-sponsored health plan / Plan patrocinado por el empleador

If Yes, please explain: / En caso de respuesta afirmativa, explíquelo:

	Start Date (Mo/Day/Yr) Fecha de inicio (mes/día/año)	End Date (Mo/Day/Yr) Fecha de finalización (mes/día/año)
--	---	---

- D. HIPAA Coverage / Cobertura HIPAA** – If I do not qualify for the Individual Plans, I would like to be considered for coverage under HIPAA. HIPAA does require eligibility. I understand that no underwriting is required and rates may be higher than for the Individual Plans. If I qualify, please offer the HIPAA coverage and send complete details regarding my options and rates. / Si no reúno los requisitos para optar a los planes individuales, me gustaría que me consideren para la cobertura HIPAA. HIPAA exige reunir los requisitos. Entiendo que no se requiere ningún seguro y las primas pueden ser significativamente más altas que las de los planes individuales. Si reúno los requisitos, ofrézcanme cobertura HIPAA y envíenme detalles completos respecto a mis opciones y tarifas Yes / Sí No

If yes, please provide the following information: / En caso de respuesta afirmativa, proporcione la información a continuación:

Name of Applicant(s) requesting HIPAA Coverage / Nombre del/los solicitante(s) que solicitan la cobertura HIPAA

1. Are you currently covered by or eligible for Medicaid, Medicare, or any other employer-sponsored health insurance benefits, or do you have other health coverage? / ¿Tiene cobertura Medicaid, Medicare u otros beneficios de seguros de salud patrocinados por un empleador, o es usted elegible para otros beneficios? Yes / Sí No
- If yes, you are not eligible for HIPAA coverage. / En caso de respuesta afirmativa, no es elegible para cobertura HIPAA.**



5. Prior Insurance History and HIPAA Eligibility (Continued)

Historial anterior de seguros y elegibilidad HIPAA (continuación)

2. Have you had a minimum of 18 months of continuous health coverage most recently under an employer-sponsored group health plan, ("employer" includes a governmental entity or church), that ended within the last 63 days for a reason other than fraud or non-payment of premium?

¿Ha tenido cobertura de atención médica continuada por un mínimo de los 18 meses más recientes bajo un plan de salud de grupo patrocinado por un empleador ("empleador" incluye una entidad gubernamental o eclesíastica) que haya terminado dentro de los últimos 63 días por motivo que no sea el fraude o el impago de la prima?

Yes / Sí No

If yes, you will be asked to provide documentation of such coverage, preferably the Certificate of Coverage from your former employer or carrier OR a letter from the employer giving us the following:

En caso de respuesta afirmativa, se le pedirá proporcionar el Certificado de Cobertura de su empleador anterior o compañía de seguros anterior O BIEN una carta del empleador que indique lo siguiente:

Name of Applicant / Nombre del solicitante	Start Date (Mo/Day/Yr) Fechas de inicio (mes/día/año)	End Date (Mo/Day/Yr) Fecha final (mes/día/año)
Name of insurance carrier(s) / Nombre de la compañía(s) aseguradora(s) de la cobertura	Phone No. / Número telefónico	

If no, you are not eligible for HIPAA coverage. / **En caso de respuesta negativa**, no es elegible para la cobertura HIPAA.

3. Were you eligible for COBRA or Cal-COBRA? / ¿Fue usted elegible para COBRA o Cal-COBRA? Yes / Sí No

If yes, please provide the following: / **En caso de respuesta afirmativa**, indique lo siguiente:

Start Date (Mo/Day/Yr) / Fecha de inicio (día/mes/año)	End Date (Mo/Day/Yr) / Fecha final (día/mes/año)
--	--

If no, please explain: / **En caso de respuesta negativa**, explíquelo:

If COBRA or Cal-COBRA is not exhausted, you are not eligible for HIPAA coverage.

Si no se han gastado completamente los beneficios COBRA o Cal-COBRA, usted no es elegible para esta cobertura.

6. Health History – Include information on ALL family members you wish to enroll. HIPAA law guarantees coverage. Applicants for only HIPAA do not need to complete. / Historial médico – Incluya información sobre TODOS los miembros de la familia que desea registrar. La ley HIPAA garantiza la cobertura. Los solicitantes únicamente de HIPAA no necesitan completar.

6A. Health History Questionnaire / Cuestionario de historial de salud – ALL QUESTIONS MUST BE ANSWERED OR THE APPLICATION WILL BE RETURNED. Give COMPLETE details of any "Yes" answers in Section 6C on page 7. / ES NECESARIO CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS O SE DEVOLVERÁ LA SOLICITUD, así como ofrecer detalles COMPLETOS sobre cualquier respuesta contestada como afirmativa en la Sección 6C de la página 7.

Has any person listed on this application, in the last **10 years**, had any signs or symptoms, seen a health care provider, had treatment recommended including prescription medications, received treatment, or been hospitalized for any of the following conditions as stated in questions 1 through 14? / ¿En los últimos **10 años**, alguna persona inscrita en esta solicitud ha tenido algún síntoma, visitado a algún proveedor de cuidado de salud, se le ha recomendado algún tratamiento incluyendo medicamentos con receta, ha recibido tratamiento o ha sido hospitalizado por alguna de las siguientes condiciones, que se establecen en las preguntas 1 a 14?

<p>1. Brain/Nervous / Cerebral/Nervioso – such as: frequent and/or severe headaches, migraines, seizures, epilepsy, dizziness, weakness, fainting, numbness/tingling, head injury, paralysis, stroke, confusion, memory loss, loss of consciousness, sleep apnea, narcolepsy, used a sleep monitoring device. / como: dolores de cabeza frecuentes y/o severos, migrañas, convulsiones, epilepsia, mareos, debilidad, desmayos, aturdimiento / cosquilleo, heridas en la cabeza, parálisis, embolia, contusión, pérdida de memoria, pérdida de conciencia, apnea del sueño, narcolepsia, uso de dispositivos de control del sueño.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p>	<p>5. Urinary / Urinario – such as: kidney, bladder, urinary tract infections, stones, urinary incontinence, blood in urine. / como: riñón, vejiga, infecciones del tracto urinario, piedras, incontinencia urinaria, sangre en la orina.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p>
<p>2. Heart/Circulatory / Corazón/Circulatorio – such as: chest pain, angina, high or low blood pressure, heart disease, heart attack, heart murmur, palpitations, valve replacement, pacemaker, defibrillator, or blood clot, phlebitis, varicose veins, enlarged lymph nodes, blood/bleeding disorder, anemia, rheumatic fever, Raynaud's. / como: dolor de pecho, angina, presión arterial alta o baja, enfermedades cardíacas, ataque cardíaco, soplo cardíaco, palpitaciones, reemplazo de válvulas, colocación de marcapasos, desfibrilador o coágulo, flebitis, varices, nodos linfáticos ampliados, trastornos sanguíneos/hemorragícos, anemia, fiebre reumática, Raynaud.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p>	<p>6. Male Reproductive System / Sistema reproductor masculino –</p> <p>a) Such as: prostate, infertility, low sperm count, impotence, sexual dysfunction, penile or scrotal implant, sexually transmitted disease, herpes, genital warts, undescended testes. / como: próstata, infertilidad, bajo conteo de esperma, impotencia, disfunción sexual, implante de pene o escroto, enfermedades de transmisión sexual, herpes, verrugas genitales, testículos no descendidos</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p> <p>b) Is any male listed on this application expecting a child or in the process of adoption or surrogate pregnancy with anyone, whether or not listed on this application? / ¿Alguno de los pacientes hombres apuntados en esta solicitud están esperando un bebé o en proceso de adopción o en proceso de maternidad de alquiler con alguien, esté o no presente en esta solicitud?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p>
<p>3. Lungs/Respiratory / Pulmonar/Respiratorio – such as: allergies, infections, sinusitis, asthma, bronchitis, emphysema, pneumonia, tuberculosis, difficulty breathing, shortness of breath, chronic cough, spitting/coughing up blood. / como: alergias, infecciones, sinusitis, asma, bronquitis, enfisema, neumonía, tuberculosis, dificultades respiratorias, tos crónica, escupe /tose sangre, etcétera.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p>	<p>7. Female Reproductive / Aparato reproductor femenino –</p> <p>a) Such as: breast disorder/cyst, lump, breast implants, fibroid tumors, endometriosis, pelvic pain, menstruation disorders, abnormal/absent menstrual bleeding, uterine fibroids, ovarian cysts, infertility, miscarriages, sexually transmitted disease, herpes, genital warts. / como: trastornos de mama / quistes, protuberancias, implantes de senos, tumores fibroides, endometriosis, dolor pélvico, trastornos de la menstruación, amenorrea/menstruación anormal, fibroides uterinos, quistes ováricos, infertilidad, abortos, enfermedades de transmisión sexual, herpes, verrugas genitales.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p> <p>b) Does any proposed female member menstruate? / ¿Alguno de los miembros femeninos tiene la menstruación?</p> <p>If yes, indicate if / En caso afirmativo, indique si:</p> <p><input type="checkbox"/> Applicant/spouse / Solicitante/cónyuge <input type="checkbox"/> Dependent(s)/Dependiente(s)</p> <p>Dependent name(s):</p> <p>Nombre(s) del/de los dependiente(s): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p>
<p>4. Digestive / Digestivo – such as: tonsillitis, infections of the mouth/throat, jaw/chewing problems, gastric reflux, ulcers, hernia, colitis, intestinal problems, diarrhea, rectal problems/bleeding, polyps, hemorrhoids, gallbladder, pancreatitis, liver disease, cirrhosis, hepatitis, jaundice, unexplained weight loss. / como: amigdalitis, infecciones de la boca/garganta, problemas de la mandíbula/masticación, reflujo gástrico, úlceras, hernias, colitis, problemas intestinales, diarrea, problemas/sangrado rectal, pólipos, hemorroides, problemas de vesícula biliar, pancreatitis, enfermedades hepáticas, cirrosis, hepatitis, ictericia, pérdida de peso sin explicación, etcétera.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p>	



6. Health History (Continued) / Historial médico (continuación)

c) Has it been more than 40 days since her/their last menstrual period? / ¿Han transcurrido más de 40 días desde su último período menstrual?
 Name(s): / Nombre(s): _____ Yes / Sí
 No / No
 Applicant/spouse / Solicitante/cónyuge
 Dependent / Dependiente
 If yes, explain: / En caso de respuesta afirmativa, explíquelo: _____

d) Has any female applicant had a pelvic exam/Pap smear? / Has any female applicant had a pelvic exam/Pap smear? / ¿Alguna de las solicitantes se ha sometido a un examen pélvico/papanicolau?
 Yes / Sí
 No / No
 If yes, complete 7e below. / En caso de respuesta afirmativa, complete 7e a continuación.

e) Date and result of last pelvic exam/Pap smear for each female over age 16. / Fecha y resultado del último examen pélvico / papanicolau para cada mujer mayor de 16 años.

Name: _____	Mo/Day/Yr: _____	Normal	Abnormal
Nombre: _____	Mes/Día/Año: _____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Name: _____	Mo/Day/Yr: _____	Normal	Abnormal
Nombre: _____	Mes/Día/Año: _____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Name: _____	Mo/Day/Yr: _____	Normal	Abnormal
Nombre: _____	Mes/Día/Año: _____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal

f) Is any female applicant pregnant, or in the process of adoption or surrogate pregnancy? / ¿Alguna solicitante está embarazada, o en proceso de adopción o maternidad de alquiler?
 Yes / Sí
 No / No

8. Musculoskeletal / Muscular-esquelético – such as: bone, joint and/or muscle pain, injury or disorder of joint/tendon/ligament/disc, weakness of back/spine/joint, amputation, physical handicap, polio, arthritis, gout, sprain/strain, prosthesis, joint replacement, hardware, internal fixations (i.e., pins, plates, screws), fractures, TMJ. / como: dolor de huesos, articulaciones y/o muscular, herida o trastorno de articulación / tendón/ligamento/disco, debilidad de la espalda/columna, articulación, amputación, discapacidad física, poliomielitis, artritis, gota, torcedura/disllocación, prótesis, trasplante de articulación, problemas de estructura, fijaciones internas (es decir, clavos, placas, tornillos), fracturas, TMJ.
 Yes / Sí
 No / No

9. Endocrine/Metabolic / Endocrino/Metabólico –

a) Such as: diabetes, thyroid, anemia, adrenal disorders, pituitary disorders, lupus, AIDS/ARC, immune disorders not including the result for an HIV test, scleroderma, Epstein-Barr/chronic fatigue syndrome. / como: Diabetes, tiroides, anemia, trastornos suprarrenales, trastornos de la pituitaria, lupus, SIDA/ARC, trastornos inmunitarios, esclerodermia, síndrome de fatiga crónica / Epstein-Barr.
 Yes / Sí
 No / No

b) Is any applicant a candidate for, or a recipient of an organ or bone marrow transplant? / ¿Algún solicitante espera o ha recibido algún órgano o algún trasplante de órgano o médula ósea?
 Yes / Sí
 No / No

c) Is any applicant currently on the waiting list and/or registered to donate an organ or bone marrow (excluding DMV donor card)? / ¿Alguno de los solicitantes está actualmente en lista de espera y/o registrado para donar un órgano o médula ósea (a excepción de la tarjeta de donante DMV)?
 Yes / Sí
 No / No

10. Has any applicant ever had cancer, tumor/growth, leukemia, cyst? / ¿Algún solicitante ha tenido alguna vez cáncer, tumor/crecimiento, leucemia o quistes?
 If yes, specify / En caso afirmativo, especifique
 Cancer / Cáncer Tumor/growth / Tumor/crecimiento
 Leukemia / Leucemia Cyst / Quiste
 Yes / Sí
 No / No

11. Skin Disorder/Problems / Trastornos/problemas de la piel – such as: cancer, melanoma, pre-cancerous lesion, psoriasis, keratosis, warts, birthmarks, 2nd or 3rd degree burns, acne, fungal infections, eczema, dermatitis, herpes, scars/keloids, or revisions of cosmetic or reconstructive surgery, infections. / como: cáncer, meloma, lesión precancerosa, soriasis, queratosis, verrugas, marcas de nacimiento, quemaduras de segundo o tercer grado, acné, infecciones de hongos, exema, dermatitis, herpes, cicatrices/queloides o revisiones de cirugía cosmética o reconstructiva, infecciones, etcétera.
 Yes / Sí
 No / No

12. Eyes, Ears, Nose and Throat / Otorrinolaringológico – Disorders such as: any infections, crossed eyes, glaucoma, cataracts, detached retina, polyyps, deviated nasal septum, excessive snoring, problems with tonsils or adenoids, sleep apnea? / enfermedades o problemas de los ojos o la vista, oídos o audición, la nariz o la respiración, la garganta o la deglución – tales como: cualquier infección, estrabismo, glaucoma, cataratas, desprendimiento de retina, pólipos, tabique nasal desviado, ronquidos excesivos, problemas de adenoides o fosas nasales, apnea del sueño, etcétera.
 Yes / Sí
 No / No

13. Nervous, Mental, Emotional, Behavioral / Nervioso, mental, emocional, conductual – such as: eating disorder, anorexia/bulimia, depression, anxiety, alcohol or substance abuse/dependency, counseling, bi-polar, chemical imbalance, attention deficit disorder, schizophrenia, obsessive-compulsive or panic disorder. / como: trastornos alimentarios, anorexia/bulimia, depresión, ansiedad, abuso/dependencia de alcohol o sustancias, terapia, participación en un grupo de apoyo, trastornos bipolares, desequilibrio químico, trastorno de falta de atención, esquizofrenia, trastorno por pánico u obsesión compulsiva.
 Yes / Sí
 No / No

14. Congenital Abnormalities, Birth Defects / Anormalidades congénitas, defectos de nacimiento – such as: cleft lip/palate, club foot, webbed fingers or toes, mental retardation, developmental delay, Down's syndrome, heart/lung problems, skull/facial deformities, birthmark. / como: labio leporino/paladar hendido, pie plano, dedos de la mano o del pie pegados, retraso mental, retraso de desarrollo, síndrome de Down, problemas del corazón/pulmones, deformaciones de cráneo/faciales, marcas de nacimiento, etcétera.
 Yes / Sí
 No / No

15. Has any applicant taken any prescribed medications in the last 12 months? / ¿Alguno de los solicitantes ha tomado medicinas de receta en los últimos 12 meses?
 If yes, complete 6E on page 8. / En caso de respuesta afirmativa, complete 6E en la página 8.
 Yes / Sí
 No / No

16. Has any applicant consulted a provider for any condition or symptom(s) in the last 12 months, for which a diagnosis has not been established? / ¿Alguno de los solicitantes consultó a un proveedor por cualquier condición o síntoma en los últimos 12 meses sin que se haya establecido diagnóstico?
 Yes / Sí
 No / No

17. Has any applicant been advised to see a dentist or oral surgeon in the last 12 months (excluding normal checkups)? / ¿Alguno de los solicitantes ha sido enviado al dentista o al cirujano dental en los últimos 12 meses (salvo por chequeos de rutina)?
 Yes / Sí
 No / No

18. Has any applicant been a patient in a hospital, clinic, surgicenter, sanatorium, or other medical facility as an inpatient or outpatient (excluding childbirth) in the last 10 years? / ¿Alguno de los solicitantes ha sido paciente de un hospital, clínica, centro de cirugía, sanatorio o alguna otra instalación médica para pacientes internos o ambulatorios (salvo para partos) en los últimos 10 años?
 If yes, complete 6C on page 7. / En caso de respuesta afirmativa, complete 6C en la página 7.
 Yes / Sí
 No / No

19. In the last 10 years, has any applicant had an abnormal physical exam, laboratory results, x-rays, EKG, MRI, CT scan or been advised to undergo further testing, surgery or treatment? / ¿En los 10 últimos años, alguno de los solicitantes se ha sometido a algún examen médico, resultados de laboratorio, radiografías, EKG, MRI, examen de tomografía con resultados anormales o se le ha recomendado una prueba, cirugía o tratamiento adicional?
 Yes / Sí
 No / No

20. In the last 10 years, has any applicant seen, received treatment from or consulted any doctor, or any other person providing health care services for any other condition or symptom(s) not listed on this application? / ¿En los 10 últimos años, alguno de los solicitantes ha acudido a, recibido tratamiento o consultado algún médico o cualquier otra persona que proporcione cuidado de salud por cualquier otra condición o síntoma que no aparezca en esta solicitud?
 If yes, complete 6C on page 7. / En caso de respuesta afirmativa, complete 6C en la página 7.
 Yes / Sí
 No / No



6B. Other Health Questions / Otras preguntas de salud

<p>A. During the past 12 months, has any applicant smoked cigarettes, cigars, or pipes, or used chewing tobacco? <i>¿Durante los últimos 12 meses, alguno de los solicitantes ha fumado cigarros, puros, pipa, o masticado tabaco?</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p> <p>Applicant Name: / Nombre del solicitante: _____</p> <p>Applicant Name: / Nombre del solicitante: _____</p>	<p>C. Has any applicant consumed any alcoholic beverages in the last 6 months? / <i>¿Alguno de los solicitantes ha consumido alguna bebida alcohólica en los últimos seis meses?</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p> <p>(Amount: A drink is 12 oz. of beer, 6 oz. of wine, or 1 oz. of liquor.) / <i>(Cantidad: se considera 1 bebida 12 onzas de cerveza, 6 onzas de vino o 1 onza de licor.)</i></p> <p>Applicant Name: _____ Type _____ Nombre del solicitante: _____ Tipo: _____</p> <p>Amount / Cantidad: _____ per / por: <input type="checkbox"/> Day / Día <input type="checkbox"/> Week / Semana <input type="checkbox"/> Month / Mes</p> <p>Applicant Name: _____ Type _____ Nombre del solicitante: _____ Tipo: _____</p> <p>Amount / Cantidad: _____ per / por: <input type="checkbox"/> Day / Día <input type="checkbox"/> Week / Semana <input type="checkbox"/> Month / Mes</p>
<p>B. Has any applicant used marijuana, cocaine, heroin, methamphetamines, LSD, or any other illegal or controlled drugs, or substances in the last 10 years, or been diagnosed as chemically or alcohol dependent? / <i>¿Alguno de los solicitantes ha consumido marihuana, cocaína, heroína, metanfetaminas, LSD, o cualquier otra droga ilegal o controlada o sustancias en los últimos 10 años o ha sido considerado como persona dependiente de sustancias químicas o alcohol?</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p> <p>Applicant Name: / Nombre de solicitante: _____</p> <p>Substance _____ Date discontinued: _____ Sustancia: _____ Fecha interrupción: _____</p> <p>Applicant Name: / Nombre de solicitante: _____</p> <p>Substance _____ Date discontinued: _____ Sustancia: _____ Fecha interrupción: _____</p>	<p>D. Has any applicant been advised by a health care professional to reduce alcohol intake within the past 10 years? / <i>¿Algún solicitante ha recibido indicaciones de reducir la ingestión de alcohol en los últimos 10 años?</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p> <p>Applicant Name: _____ Date discontinued: _____ Nombre de solicitante: _____ Fecha interrupción: _____</p> <p>Applicant Name: _____ Date discontinued: _____ Nombre de solicitante: _____ Fecha interrupción: _____</p>

6C. Professional Services / Servicios profesionales

Give COMPLETE details in all sections below of any "Yes" answers to the questions in Section 6A. / Indique los detalles COMPLETOS en todas las secciones a continuación de cualquier respuesta que sea afirmativa a las preguntas de la Sección 6A.

Question # <i>No. de pregunta</i>	Name of Family Member (As identified on Physician's Record) <i>Nombre del miembro de la familia (tal como aparece en el registro del médico)</i>	Name of Hospital, Clinic and/or Person Providing Care <i>Nombre del hospital, clínica y/o persona que proporcionó el cuidado</i>	Phone No. <i>No. de teléfono</i> ()
Date of Onset/Treatment (Month/Year) <i>Fecha de inicio/tratamiento (mes/año)</i>	Date Ended <input type="checkbox"/> Still under treatment/ <i>Fecha de finalización</i> <i>Todavía bajo tratamiento</i>	Physician Specialty / <i>Especialidad del médico</i> <input type="checkbox"/> Pediatric / <i>Pediatría</i> <input type="checkbox"/> Cardiac / <i>Cardiología</i> <input type="checkbox"/> Internal Medicine / <i>Medicina interna</i> <input type="checkbox"/> Family / <i>Familiar</i> <input type="checkbox"/> Other / <i>Otra:</i> _____	
Name of Condition/Illness / <i>Nombre de afección/enfermedad</i>		Address / <i>Domicilio</i>	Suite No. / <i>No. de suite</i>
Treatment Rendered (i.e., X-ray, lab, surgical procedure, etc.) / Results <i>Tratamiento administrado (es decir, radiografías, pruebas de laboratorio, procedimiento quirúrgico, etc.) / Resultados</i>		City / State / ZIP Code <i>Ciudad/Estado/Código postal</i>	Fax No. (Optional) <i>No. de fax (Opcional)</i> ()

Question # <i>No. de pregunta</i>	Name of Family Member (As identified on Physician's Record) <i>Nombre del miembro de la familia (tal como aparece en el registro del médico)</i>	Name of Hospital, Clinic and/or Person Providing Care <i>Nombre del hospital, clínica y/o persona que proporcionó el cuidado</i>	Phone No. <i>No. de teléfono</i> ()
Date of Onset/Treatment (Month/Year) <i>Fecha de inicio/tratamiento (mes/año)</i>	Date Ended <input type="checkbox"/> Still under treatment/ <i>Fecha de finalización</i> <i>Todavía bajo tratamiento</i>	Physician Specialty / <i>Especialidad del médico</i> <input type="checkbox"/> Pediatric / <i>Pediatría</i> <input type="checkbox"/> Cardiac / <i>Cardiología</i> <input type="checkbox"/> Internal Medicine / <i>Medicina interna</i> <input type="checkbox"/> Family / <i>Familiar</i> <input type="checkbox"/> Other / <i>Otra:</i> _____	
Name of Condition/Illness / <i>Nombre de afección/enfermedad</i>		Address / <i>Domicilio</i>	Suite No. / <i>No. de suite</i>
Treatment Rendered (i.e., X-ray, lab, surgical procedure, etc.) / Results <i>Tratamiento administrado (es decir, radiografías, pruebas de laboratorio, procedimiento quirúrgico, etc.) / Resultados</i>		City / State / ZIP Code <i>Ciudad/Estado/Código postal</i>	Fax No. (Optional) <i>No. de fax (Opcional)</i> ()

Question # <i>No. de pregunta</i>	Name of Family Member (As identified on Physician's Record) <i>Nombre del miembro de la familia (tal como aparece en el registro del médico)</i>	Name of Hospital, Clinic and/or Person Providing Care <i>Nombre del hospital, clínica y/o persona que proporcionó el cuidado</i>	Phone No. <i>No. de teléfono</i> ()
Date of Onset/Treatment (Month/Year) <i>Fecha de inicio/tratamiento (mes/año)</i>	Date Ended <input type="checkbox"/> Still under treatment/ <i>Fecha de finalización</i> <i>Todavía bajo tratamiento</i>	Physician Specialty / <i>Especialidad del médico</i> <input type="checkbox"/> Pediatric / <i>Pediatría</i> <input type="checkbox"/> Cardiac / <i>Cardiología</i> <input type="checkbox"/> Internal Medicine / <i>Medicina interna</i> <input type="checkbox"/> Family / <i>Familiar</i> <input type="checkbox"/> Other / <i>Otra:</i> _____	
Name of Condition/Illness / <i>Nombre de afección/enfermedad</i>		Address / <i>Domicilio</i>	Suite No. / <i>No. de suite</i>
Treatment Rendered (i.e., X-ray, lab, surgical procedure, etc.) / Results <i>Tratamiento administrado (es decir, radiografías, pruebas de laboratorio, procedimiento quirúrgico, etc.) / Resultados</i>		City / State / ZIP Code <i>Ciudad/Estado/Código postal</i>	Fax No. (Optional) <i>No. de fax (Opcional)</i> ()



Applicant's Social Security or ID No.
No. de seguro social o ID del solicitante

6D. Last Doctor Visit / Última visita al médico (for any reason including checkup / por cualquier razón, incluyendo chequeo) – Provide information for ALL family members you wish to cover. / Proporcione información para TODOS los miembros de la familia que desea cubrir.

Family Member <i>Miembro de la familia</i>	Date of Visit <i>Fecha de visita</i>	Reason for Visit <i>Razón para la visita</i>	Results / Resultados		Name, Phone No. & Fax No. (Fax # optional) of Physician or Hospital Complete Address / City / State / Zip Code <i>Nombre, no. telefónico y no. de fax (no. de fax opcional) del médico u hospital Domicilio completo/ciudad/estado/código postal</i>
			Normal ✓	Abnormal Findings Anormal (Explain / Explique)	
					Name: <i>Nombre:</i> _____ Phone: <i>Teléfono:</i> _____ Fax: _____ Address: <i>Dirección:</i> _____ City <i>Ciudad</i> _____ State <i>Estado</i> _____ Zip <i>Código postal</i> _____
					Name: <i>Nombre:</i> _____ Phone: <i>Teléfono:</i> _____ Fax: _____ Address: <i>Dirección:</i> _____ City <i>Ciudad</i> _____ State <i>Estado</i> _____ Zip <i>Código postal</i> _____

To provide further information, please use additional sheets if necessary. List the page number, section name, and question number you are explaining. Also, please identify the applicable family member. All additional sheets must be signed by the applicant. *Para proporcionar mayor información, utilice hojas adicionales en caso de ser necesario. Enumere el número de página, el nombre de la sección y el número de pregunta que está explicando. Identifique también al miembro de la familia correspondiente. Todas las hojas adicionales deben estar firmadas por el solicitante.*

No. of sheets attached
 No. de hojas anexas

6E. Prescription Medications / Medicinas con receta – List all medications taken within the last 12 months by any family member listed on this application. / Anote todos los medicamentos que ha tomado en los últimos 12 meses cualquier miembro de la familia presente en esta solicitud.

Family Member <i>Miembro de la familia</i>	Medication/Dosage/Frequency <i>Medicina/dosis/frecuencia</i> (i.e., Lopressor/100mg/daily) <i>(Por ejemplo, Lopressor/100mg/día)</i>	Illness for which Medication is Prescribed / <i>Enfermedad para la que se recetó la medicina</i>	Date Prescribed <i>Fecha de receta</i> (Mo/Day/Yr) <i>(Mes/Día/Año)</i>	Date Discontinued <i>Fecha de interrupción</i> (Mo/Day/Yr) <i>(Mes/Día/Año)</i>	Name, Phone No. of Physician or Hospital <i>Nombre y número telefónico del médico u hospital</i>
					Name / <i>Nombre:</i> _____ Phone / <i>Teléfono:</i> _____
					Name / <i>Nombre:</i> _____ Phone / <i>Teléfono:</i> _____
					Name / <i>Nombre:</i> _____ Phone / <i>Teléfono:</i> _____

Statement of Accountability / Declaración de responsabilidad – To be completed when the applicant cannot complete the application. / Debe llenarse cuando el solicitante no pueda completar la solicitud.

I, / Yo, _____, personally read and completed this Individual Enrollment Application for the applicant named below because: / *leí y rellené personalmente la presente solicitud de registro individual para el solicitante cuyo nombre se incluye a continuación debido a que:*

- Applicant does not read English / *El solicitante no puede leer en inglés*
- Applicant does not speak English / *El solicitante no habla inglés*
- Applicant does not write English / *El solicitante no escribe en inglés* Other (explain): / *Otros (explicar):* _____

I translated the contents of this form and to the best of my knowledge obtained and listed all the requested personal and medical history disclosed by: / *Yo traduje el contenido de este formulario y que yo sepa, recibí y anoté todo el historial personal y médico necesario suministrado por:*

_____. I also translated and fully explained the "Application Conditions and Agreement." / *Yo también traduje y expliqué completamente las "Condiciones y Acuerdo de la Aplicación."*

Signature of Translator (Required) / *Firma del Traductor (Obligatoria)*

Today's Date (Required) / *Fecha de hoy (Obligatoria)*



7. Application Understandings, Conditions and Agreement / *Comprensión, condiciones y acuerdo de la solicitud*

Applicant's Social Security or ID No.

No. de seguro social o ID del solicitante

IMPORTANT: / IMPORTANTE: It is important that you carefully read and fully understand the following. / *Es importante que usted lea con cuidado y entienda por completo lo siguiente.*

All Applicants age 18 and over must personally read, agree to and sign the following. If an Applicant does not read English, the translator must sign and submit a Statement of Accountability for translating this entire application (see page 8). / *Todos los solicitantes de 18 años y mayores deben leer personalmente, aceptar y firmar lo siguiente. Si el solicitante no sabe leer en inglés, el traductor debe firmar y entregar una Declaración de responsabilidad por la traducción de la solicitud completa (véase página 8).*

PPO Plan Applicants only / *Sólo para solicitantes del Plan PPO*

I, the undersigned, understand that under the Blue Cross plan in which I am enrolling, I will be entitled to lesser benefits if I use an out-of-network hospital or physician than if I use a network hospital or physician. / *Yo, el abajo firmante, entiendo que, de acuerdo con el Plan Blue Cross en el que me estoy inscribiendo, tengo derecho a menos beneficios si acudo a un hospital o un médico fuera de la red que si acudo a un hospital o médico dentro de la red.*

Effective Date (PPO Applicants only) / *Fecha de entrada en vigor (sólo para Solicitantes de PPO)*

REQUESTING AN EFFECTIVE DATE DOES NOT GUARANTEE UNDERWRITING TO BE COMPLETED BEFORE THE DATE REQUESTED. / LA SOLICITUD DE UNA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR NO GARANTIZA AL ASIGNATARIO QUE EL SEGURO SE COMPLETARÁ ANTES DE LA FECHA EN QUE SE REQUIRIRÁ.

If Blue Cross approves my application, please assign an effective date of _____. / *Si Blue Cross aprueba mi solicitud, asigne una fecha de entrada en vigor de _____.*

The effective date must be after the signature date but not greater than 75 days from the signature date on this application. / *La fecha de entrada en vigor debe ser después de la fecha en que firme esta solicitud pero no superar los 75 días a partir de la fecha en que firmó la misma.*

If Blue Cross approves my application, please assign an effective date of the first day after Blue Cross approval. / *Si Blue Cross aprueba mi solicitud, asigne una fecha de entrada en vigor del primer día después de la aprobación de Blue Cross.*

Please note: If you are adding a dependent or changing coverage, your effective date will always be the first of the **month following approval.** / **Tenga en cuenta que:** si agrega un dependiente o cambia la cobertura, su fecha de entrada en vigor será siempre el primer día del mes siguiente a la aprobación.

HMO Applicants only / *Sólo para Solicitantes de HMO*

I understand I will only receive benefits for services by, or authorized by, the HMO facility I selected on this application. / *Entiendo que sólo recibiré beneficios por servicios de, o autorizados por la instalación de HMO que elegí en esta solicitud.*

If Blue Cross approves my application, please assign an effective date of the first day after Blue Cross approval. / *Si Blue Cross aprueba mi solicitud, asigne una fecha de entrada en vigor el primer día después de la aprobación de Blue Cross.*

If Blue Cross approves my application, please assign an effective date of _____. / *Si Blue Cross aprueba mi solicitud, asigne una fecha de entrada en vigor de _____.*

If you have simultaneously applied for a BCL&H Short Term Plan, the effective date of this coverage will begin the day of termination of that Short Term Plan. / *Si aplicó en forma simultánea para un plan a corto plazo BCL&H, la fecha de entrada en vigor de esta cobertura comenzará el día de la finalización de dicho plan a corto plazo.*

High Deductible EPO for Health Savings Account Applicants only / *EPO con alto deducible únicamente para los Solicitantes de Health Savings Account (Cuenta de ahorro de salud)*

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 contact my tax advisor. / *Entiendo que los Planes de deducible alto están diseñados para el uso de la Organización de proveedores exclusivos (EPO, por sus siglas en inglés), y que el uso de proveedores no participantes puede resultar en costos desembolsables*

significativamente más altos. Entiendo que tener esta cobertura no establece un HSA. Para hacerlo, debo ponerme en contacto con una de las instituciones financieras que reúnen los requisitos. Asimismo, entiendo que debo ponerme en contacto con mi asesor fiscal.

HIPAA enrollees only / *Únicamente para los afiliados HIPAA*

Your effective date is determined by the delivery or postmark date of your premium to Blue Cross. If your payment is delivered or postmarked in the first fifteen days of the month, your effective date is the first of that month. If your payment is delivered or postmarked after the fifteenth day of the month, coverage is effective the first day of the following month. / *La fecha de entrada en vigor se determina mediante la fecha de entrega o el matasello de su prima a Blue Cross. Si su pago se entrega o se matasella durante los primeros quince días del mes, la fecha de entrada en vigor es la primera de ese mes. Si su pago se entrega o matasella después de los quince días del mes, la cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente.*

Eligible/Ineligible Applicants / *Solicitantes elegibles/no elegibles*

Blue Cross will enroll all eligible family members unless otherwise instructed. / *Blue Cross registrará a todos los miembros de la familia a menos que se indique lo contrario.*

I, the Applicant, request that Blue Cross not enroll any eligible applicants unless ALL family members qualify. / *Yo, el Solicitante, solicito que Blue Cross no registre a ningún Solicitante no elegible a menos que reúnan los requisitos TODOS los miembros de la familia.*

All Applicants / *Todos los solicitantes*

HIV TESTING PROHIBITED: / PRUEBA DE VIH PROHIBIDA: California law prohibits an HIV test from being required or used by health insurance companies as a condition of obtaining health insurance. / *La Ley de California prohíbe las pruebas de VIH como requerimiento o herramienta de las compañías de seguros médicos como condición para obtener un seguro médico.*

CURRENT HEALTH COVERAGE / COBERTURA DE SALUD ACTUAL: If you currently have health coverage, we strongly recommend that you maintain your current coverage and request an effective date of 60 to 75 days from the date of application. This will help ensure that your application is processed before you surrender your present insurance. / *Si actualmente dispone de cobertura médica, recomendamos enérgicamente que conserve su cobertura actual y solicite una fecha de entrada en vigor de 60 a 75 días a partir de la fecha de la solicitud. Esto le ayudará a asegurar que su solicitud se procese antes de que venza su seguro actual.*

Agreement (all applicants) / *Contrato (todos los solicitantes)*

By applying for coverage, I, the undersigned, agree to the following: Al solicitar cobertura, yo, el signatario, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Blue Cross may decline my application. No coverage comes into effect until Blue Cross approves this application and informs me in writing. The effective date of my coverage, if this application is accepted, will be assigned by Blue Cross at its discretion (except for HIPAA). / *Blue Cross puede rechazar mi solicitud. Ninguna cobertura entrará en vigor hasta que Blue Cross apruebe la solicitud y me informe por escrito. La fecha de vigencia de mi cobertura, si se acepta esta solicitud, será asignada por Blue Cross a su criterio (excepto para HIPAA).*
2. Even if I pay money with this application, that money is only a deposit against future premiums if this application is accepted. Cashing my check does not mean my application is approved. If this application is declined, neither Blue Cross nor any affiliated company shall have any liability to me or anyone else listed on it, except for the obligation to return the money submitted with this application. If this application is not accepted, neither I nor anyone listed on it will be entitled to benefits or coverage from Blue Cross. / *Aunque pague dinero con esta solicitud, ese dinero es solamente un depósito para futuras primas. Cobrar el cheque no significa que mi solicitud quede aprobada. Si mi solicitud es*



7. Application Understandings, Conditions and Agreement (Continued)
Comprensión, condiciones y acuerdo de la solicitud (Continuación)

rechazada, ni Blue Cross ni cualquier otra empresa afiliada tiene ninguna responsabilidad conmigo o con cualquier persona presente en esta solicitud, excepto por la obligación de devolver el dinero que se entregó con la solicitud. Si esta solicitud no resulta aceptada, ni yo ni ninguna otra persona presente en ésta tendrá derecho a los beneficios o cobertura de Blue Cross.

3. The selling agent has no authority to promise me coverage or to modify Blue Cross underwriting policy or the terms of any Blue Cross coverage. / El agente de ventas no tiene autoridad para prometerme la cobertura o para modificar las normas de seguro de Blue Cross o los términos de cualquier cobertura de Blue Cross.
4. If the applicant is a minor, I accept full legal and financial responsibility for the coverage and information provided on this application. (Court documents establishing guardianship must be submitted if the responsible adult is not the parent.) / Si el solicitante es un menor de edad, acepto la responsabilidad legal y financiera completa por la cobertura e información proporcionada en esta solicitud (los documentos de tribunales que establezcan la patria potestad se deben entregar si el adulto responsable no es uno de las padres).
5. In no event shall Blue Cross or any affiliated company have any liability to the applicant if the application is not approved, except for the obligation to return the money submitted with this application if this application is not approved, and neither shall any coverage exist nor shall the applicant be entitled to any benefits unless and until this application is approved by the Medical Underwriting Department of Blue Cross. / Bajo ninguna circunstancia Blue Cross o cualquier empresa afiliada tiene ninguna responsabilidad para con el solicitante si esta solicitud no se aprueba, excepto por la obligación de regresar el dinero que se envió con la solicitud, en caso de no ser aprobada la solicitud, y no se otorgará cobertura ni el solicitante tendrá derecho a ninguno de los beneficios, a menos que esta solicitud sea aprobada por servicio de seguro médica de Blue Cross.
6. I understand Blue Cross may use any information prior to the effective date of coverage in considering my application, including medical conditions which occur after the signature and before the original effective date. / Entiendo que Blue Cross puede utilizar esta información antes de la fecha de vigencia de la cobertura al considerar mi solicitud, incluyendo las condiciones médicas que ocurran después de la firma y antes de la fecha de vigencia original.

Rescission of Membership / Cancelación de la Afiliación

I have provided a complete history of material information that will be considered in the acceptance or denial of this application. I understand that if I intentionally provided incomplete or false material information Blue Cross may revoke my coverage. This means Blue Cross will cancel membership as if it never existed. Also, after approval for membership, if material information is discovered by Blue Cross that was not provided to the Plan prior to the effective date of the policy, Blue Cross may deny coverage. / He proporcionado un historial completo de la información material que será considerada en la aceptación o denegación de esta solicitud. Comprendo que en caso de proporcionar intencionalmente información incompleta o información material fraudulenta Blue Cross puede revocar mi cobertura. Esto significa que Blue Cross cancelará la afiliación como si nunca hubiera existido. Además, después de aprobar la afiliación, si Blue Cross descubre que la información material no fue proporcionada al Plan anterior a la fecha de entrada en vigor de la póliza, Blue Cross puede denegar la cobertura.

All of my dependents listed on this application who are over the age of 18 years have read this application and have provided complete and accurate information for this application. Also, to the best of my knowledge and belief, I have done everything necessary to be able to assure you that all information about any children under the age of 18 listed on this application is true and complete. I understand and agree that I alone am responsible for the accuracy and completeness of this application. I understand and agree that no one listed on this application will be eligible for coverage if they provide false or incomplete information and that Blue Cross may revoke coverage if it discovers that in applying for coverage I intentionally provided incomplete or false material information to Blue Cross. / Todos los dependientes enumerados en esta solicitud y mayores de 18 años, han leído esta solicitud y proporcionado información exacta y completa para la misma. Además, a mi leal saber y entender, he realizado todo lo necesario para

asegurarle que toda la información acerca de mis hijos menores de 18 años incluidos en esta solicitud es verídica y completa. Comprendo y acepto que soy el único responsable de la exactitud y totalidad de información de esta solicitud. Comprendo y acepto que ninguno de los enumerados en esta lista serán elegibles para la cobertura en caso de proporcionar información falsa o incompleta y que Blue Cross puede revocar la cobertura si descubre que al solicitar la cobertura proporcioné intencionalmente información material incompleta o fraudulenta.

I understand that if my coverage is revoked I will be sent written notice that will explain the basis for the decision and my appeal rights. I have the option to submit a new application in the future to be underwritten and considered for enrollment. I also understand that I will be required to pay for any services that were covered while a member and that Blue Cross will refund all amounts paid by me except amounts owed to Blue Cross. / Comprendo que si mi cobertura se revocó me enviarán un aviso por escrito que explicará las bases para la decisión y mis derechos de apelación. Tengo la opción de presentar una nueva solicitud en el futuro que será avalada y considerada para la inscripción. Además, comprendo que se me solicitará el pago por cualquier servicio que no estuvo cubierto mientras estuve afiliado y que Blue Cross reembolsará todas las cantidades pagadas por mí excepto las cantidades adeudadas a Blue Cross.

I have personally read and completed this application. If I am accepted, this application will become part of the contract between Blue Cross and me. I and any enrolled family members agree to abide by the terms of that contract. / **He leído y llenado personalmente esta solicitud.** Si soy aceptado, esta solicitud será parte de un contrato entre Blue Cross y yo. Yo y los miembros de mi familia registrados acordamos cumplir con los términos de este contrato.

Requirement for Binding Arbitration / Requisitos para el Arbitraje obligatorio

If you are applying for coverage, please note that Blue Cross requires binding arbitration to settle all disputes against Blue Cross, including claims of medical malpractice. California Health and Safety Code Section 1363.1 and Insurance Code Section 10123.19 require specified disclosures in this regard, including the following notice: **"It is understood that any dispute as to medical malpractice, that is as to whether any medical services rendered under this contract were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently or incompetently rendered, will be determined by submission to arbitration as provided by California law, and not by a lawsuit or resort to court process except as California law provides for judicial review of arbitration proceedings. Both parties to this contract, by entering into it, are giving up their constitutional right to have any such dispute decided in a court of law before a jury, and instead are accepting the use of arbitration."** Both parties also agree to give up any right to pursue on a class basis any claim or controversy against the other. / Si usted solicita una cobertura, tenga en cuenta que Blue Cross requiere arbitraje obligatorio para solucionar todas las disputas contra Blue Cross, incluso los reclamos de mala práctica médica. La sección 1363.1 del Código de Seguridad y Salud de California y la sección 10123.19 del Código de Seguro requieren divulgaciones específicas en este aspecto, inclusive el siguiente aviso: **"Se entiende que cualquier disputa en cuanto a mala práctica médica, es decir, con respecto a si cualquier servicio médico prestado según este contrato fue realizado de manera innecesaria o incompetente, será determinado mediante la presentación a arbitraje según lo disponen las leyes de California y no mediante un juicio o proceso en tribunales excepto si las leyes de California disponen la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes en este contrato, al celebrar el mismo, renuncian a las garantías constitucionales de resolución de disputas ante un tribunal de justicia, ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso del arbitraje"**. Ambas partes aceptan renunciar a cualquier derecho para proseguir cualquier reclamo o controversia uno contra otro.



Applicant's Social Security or ID No. No. de seguro social o ID del solicitante									

NOTICE: BY SIGNING THIS CONTRACT YOU ARE AGREEING TO HAVE ANY ISSUE OF MEDICAL MALPRACTICE DECIDED BY NEUTRAL ARBITRATION AND YOU ARE GIVING UP YOUR RIGHT TO A JURY OR COURT TRIAL
AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER TEMA DE MALA PRÁCTICA MÉDICA SE DECIDIRÁ MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y QUE USTED RENUNCIA A SUS DERECHOS A UN JUICIO POR JURADO O POR TRIBUNAL.

Signatures (Required) – IMPORTANT: All applicants over age 18 must sign and date.
Firma (requerida) - IMPORTANTE: todos los solicitantes mayores de 18 años deben firmar y escribir la fecha.

Applicant/Parent or Legal Guardian <i>Solicitante / progenitor o tutor legal</i>	Today's Date <i>Fecha de hoy</i>	Applicant's Spouse <i>Cónyuge del solicitante</i>	Today's Date <i>Fecha de hoy</i>
Applicant's Dependent age 18 or over <i>Solicitante de 18 años o mayor</i>	Today's Date <i>Fecha de hoy</i>	Applicant's Dependent age 18 or over <i>Solicitante de 18 años o mayor</i>	Today's Date <i>Fecha de hoy</i>

ATTACH BLANK, VOIDED CHECK FOR BANK DRAFT AUTHORIZATION, IF APPLICABLE, HERE. DO NOT TAPE.
ADJUNTE UN CHEQUE EN BLANCO, CRUZADO, PARA LA AUTORIZACIÓN DE GIRO BANCARIO, SI CORRESPONDE. NO LO PEGUE.

8. Payment Method / Forma de pago Premium payment required. First payment will be credited to approved applicants only.

Pago de prima requerido. Se cobrará el primer pago a crédito sólo a los solicitantes aprobados.

By sending your check to us, you authorize Blue Cross of California to convert your check into an electronic fund transfer. If you are approved for coverage, your bank account will be debited for the amount indicated on the check. If you do not qualify for coverage, your check will not be submitted for a funds transfer. Please be aware that your check will not be returned to you.

Al enviarnos su cheque, usted autoriza a Blue Cross of California a convertir el mismo en una transferencia de fondos electrónica. Si usted es aprobado para la cobertura, se le debitará de su cuenta bancaria la cantidad indicada en el cheque. Si no califica para la cobertura, el cheque no se presentará para una transferencia de fondos. Tenga en cuenta de que no se le devolverá el cheque.

8A. Checking Account Automatic Premium Payment / Pago de prima automática mediante cuenta bancaria

Monthly checking account deduction premium payments / Pago mensual de prima mediante deducción a cuenta bancaria.

Name of Bank or Financial Institution: / Nombre del banco o institución financiera: _____

Account No. / No. de cuenta: _____ Bank Routing No. / No. de ruta bancaria: _____

Submit a blank check marked "VOID" above where indicated (DEPOSIT SLIPS NOT ACCEPTABLE). If your application is approved, the premium for all products selected, including dental and/or life, will be deducted from your checking account. Premiums may be prorated in order to adjust the initial paid to date or in the event of membership changes. / *Envíe la prima correspondiente a un (1) mes y un cheque en blanco con la palabra "VOID" (NULO) escrita donde se indique (NO SE ACEPTAN COMPROBANTES DE DEPÓSITO). De aprobarse su solicitud, la prima correspondiente a todos los productos seleccionados, incluso la de seguro dental y/o de vida, será deducida de su cuenta bancaria. Las primas pueden prorratearse para ajustar el pago inicial hasta la fecha o en caso de cambios.*

Monthly Checking Account Automatic Premium Payment Authorization / Autorización de deducción mensual a cuenta de cheques - As a convenience to me, I request and authorize you to pay and charge to my account checks drawn on that account by and payable to the order of BLUE CROSS OF CALIFORNIA provided there are sufficient collected funds in said account to pay the same upon presentation. I agree that your rights in respect to each such debit shall be the same as if it were a check signed personally by me. I authorize Blue Cross of California to initiate debits (and/or corrections to previous debits) from my account with the financial institution indicated for payment of my Blue Cross of California premiums. This authority is to remain in effect until revoked by me by providing you a 30-day written notice. I agree that you shall be fully protected in honoring any such debit. I further agree that if any such debit be dishonored, whether with or without cause and whether intentionally or inadvertently, you shall be under no liability whatsoever even though such dishonor results in forfeiture of insurance. **NOTE:** Should your withdrawal not be honored by your bank, you will automatically be removed from Monthly Checking Account Deduction and be billed bi-monthly. **You will incur a \$25 service charge for any withdrawal not honored.** / *Para mi comodidad, solicito y autorizo el pago y cargo a mi cuenta de cheques de cheques de retiro de dicha cuenta, pagaderos a la orden de BLUE CROSS OF CALIFORNIA, siempre y cuando haya suficientes fondos en dicha cuenta para el pago al momento de la presentación. Estoy de acuerdo que sus derechos respecto a dicho débito serán los mismos que un cheque presentado y firmado personalmente por mí. Autorizo a Blue Cross of California a iniciar los débitos (y/o correcciones de débitos anteriores) de mi cuenta ante la institución financiera indicada para el pago de mis tarifas de Blue Cross of California. Esta autoridad permanecerá en vigor hasta que yo la revoque mediante aviso por escrito efectuado con 30 días de anticipación. Convengo que ustedes quedarán totalmente protegidos al cobrar dicho débito. Además, acuerdo que en caso de que el débito no sea aceptado, con o sin causa, y ya sea con o sin intención, ustedes no serán en ningún caso responsables, incluso si dicho rechazo da como resultado la cancelación del seguro. **NOTA:** si el retiro no se puede realizar en el banco, será automáticamente retirado del programa de Deducciones Mensuales a Cuenta de Cheques y se le cobrará en forma bimestral. **Usted puede incurrir en cargos por servicio de \$25 por retiros no autorizados.***

Authorized Signature (As it appears in the financial institution's records) Firma autorizada (como aparece en los registros de la institución financiera)	Date Fecha
X	



Applicant's Social Security or ID No.
No. de seguro social o ID del solicitante

Fax to: / Envíe por fax a: (800) 327-9255

8B. Credit Card / Tarjeta de crédito

Initial premium (For new member's Medical and Dental fees only) / La prima inicial (para tarifas médicas y dentales solamente)

Monthly premiums / Primas mensuales

Monthly Credit Card Authorization - As a convenience to me, I request and authorize you to charge my card for monthly recurring premiums on each due date. I understand that the amount may vary as a result of changes I make, such as, but not limited to, adding and deleting dependents, or moving to a new location. The amount may also change as outlined in my policy. This authority is to remain in effect until revoked by me by providing you a 30-day written notice. I agree that you shall be fully protected in honoring any such card payments. I further agree that if any such card payment be dishonored, whether with or without cause and whether intentionally or inadvertently, you shall be under no liability whatsoever, including any fees imposed by my bank, should my card be rejected even though such dishonor results in forfeiture of coverage. / Autorización mensual para uso de la tarjeta de crédito - Para mi conveniencia, solicito y autorizo a cargar las primas mensuales a mi tarjeta, aproximadamente 10 días antes de cada fecha de vencimiento. Entiendo que el importe puede variar como resultado de cambios por mí efectuados, tales como la adición y eliminación de dependientes, o residir en un nuevo domicilio, pero sin limitarse a los mismos. El importe también puede variar según lo descrito en mi póliza. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que yo decida revocarla mediante aviso por escrito efectuado con 30 días de anticipación. Yo garantizo total protección para cualquier pago mediante tarjeta. Garantizo además que, de no efectuarse cualquiera de tales pagos mediante tarjeta, ya sea con o sin causa, intencionalmente o por descuido, no pesará responsabilidad legal de ninguna clase sobre ustedes, incluso la de cargos impuestos por mi banco si mi tarjeta fuera rechazada, y aun cuando tal incumplimiento resultara en la pérdida de la cobertura.

Credit Card: / Tarjeta de crédito: VISA MasterCard Discover

Card No.: / No. tarjeta:

Exp. / Venc.:

Cardholder's Zip Code

Código postal del titular de la tarjeta

Cardholder's Name (As it appears on the credit card) PRINT

Nombre del titular de la tarjeta (como aparece en tarjeta de crédito):

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

X

Authorized Signature (As it appears on the credit card)

Firma autorizada (como aparece en la tarjeta de crédito)

X

Date / Fecha

8C. Billing (To be used if an automatic payment option is NOT selected from 8A or 8B above.) / Facturación (se utiliza si NO se selecciona la opción de pago automático en las secciones 8A u 8B anteriores.)

Bimonthly (Submit 2 months premium) / Bimensual (enviar prima de 2 meses)

Quarterly (Submit 3 months premium) / Trimestral (enviar prima de 3 meses)

TO BE COMPLETED BY YOUR BLUE CROSS-APPOINTED AGENT / PARA LLENAR POR EL AGENTE ASIGNADO POR BLUE CROSS

1. Are you aware of any information not disclosed on this application relating to the health, habits or reputation of any person listed on this application which might have a bearing on the risk? Yes No

If yes, please attach explanation.

2. Did you see the proposed subscriber (and spouse, if applying) at the time this application was executed? Yes No

If no, please explain: _____

3. I verify that this application was completed by the applicant unless the Statement of Accountability was completed.

Signature of Agent (Required)

X

Date (Required)

4. Breakdown of funds collected:

Total Medical funds \$ _____

Total Dental funds \$ _____

Total funds collected \$ _____

5. Was the Term Life Insurance option selected? (If yes, first Term Life Insurance payment will be billed.) Yes No

Name of Agent (Print Name)

Agent's Street Address Suite No. / Personal Mail Box (PMB) No.

Agent I.D. No.

Sub-Agent I.D. No.

City / State / ZIP Code

Location No.

Phone No.

()

Fax No.

()

E-mail Address

Mail Service Agreement to: Agent Primary Applicant

PLEASE NOTE: If neither box is checked, the Service Agreement will be mailed directly to the primary applicant.

Mailing address:

Agent: Please mail this application to the following address:

Blue Cross of California • P.O. Box 9041 • Oxnard, CA 93031-9041

IU3963 Spanish
Individual Enrollment Application
(Translated from English version 2138 1/04)

