



2-50 Small Group Employee Application

Grupo pequeño 2-50. Solicitud para empleados

www.bluecrossca.com



Blue Cross DentalNet and Blue Cross Dental SelectHMO, and all medical products except Blue Cross Basic PPO and Blue Cross Saver PPO offered by Blue Cross of California. Blue Cross PPO and FFS Dental, Blue Cross Basic PPO and Blue Cross Saver PPO, Life and AD&D products offered by BC Life & Health Insurance Company. Blue Cross DentalNet y Blue Cross Dental SelectHMO, y todos los productos médicos menos Blue Cross Basic PPO y Blue Cross Saver PPO son ofrecidos por Blue Cross of California. Blue Cross PPO y FFS Dental, Blue Cross Basic PPO y Blue Cross Saver PPO, Life and AD&D son ofrecidos por BC Life & Health Insurance Company.

INSTRUCTIONS: 1. You, the employee, must complete this application. You are solely responsible for its accuracy and completeness. Usted, el empleado, debe de llenar esta solicitud. Usted es el único responsable por responder exacta y completamente. 2. All questions must be answered in full or the application may be returned to you resulting in a delay in processing. Todas las preguntas deben ser respondidas en su totalidad. O la solicitud puede ser devuelta, causando retraso en su procesamiento. 3. Type or print clearly using blue or black ink. Escriba claramente en letra de imprenta, usando tinta azul o negra.

GROUP NO. N° DE GRUPO

1 COVERAGE COBERTURA

A. MEDICAL COVERAGE SELECTION - Check only one Medical Plan: SELECCIÓN DE COBERTURA MÉDICA - Seleccione sólo un plan médico:

High Options Opciones altas:

- Premier PPO \$10 Copay Copago \$10 Premier
 Premier PPO \$20 Copay Copago \$20 Premier

Medium Options Opciones medias:

- HMO 100%
 PPO \$30 Copay Copago \$30
 PPO \$40 Copay Copago \$40

Low Options Opciones bajas:

- Saver HMO High Deductible EPO
 Saver PPO Basic PPO

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.

Si elige un plan tipo HMO, debe elegir un Grupo Médico Primario (PMG) o una Asociación de Profesionales Independientes (IPA). Si elige un grupo tipo IPA, por favor elija un Médico de Atención Primaria para cada integrante de su familia que se afilie, y enumérelos según el número que se indica debajo, en la Sección 3A.

HMO plan PMG or IPA Medical Office Number: _____

Número de oficina médico del grupo PMG o IPA del plan HMO: _____

Are you currently a patient at this facility? Yes Sí No

¿Ya es usted paciente de este centro? Sí No

B. DENTAL COVERAGE SELECTION (if Group has elected Dental Coverage) - Check only one Dental Plan:

SELECCIÓN DE COBERTURA DENTAL (si su empresa ofrece cobertura dental) - Seleccione solamente un plan dental:

High Option Opcion alta:

- High Option PPO*

Low Options Opciones bajas:

- Basic Option PPO*

Medium Option Opcion media:

- Standard Option PPO*

DentalNet - You must select a Dental Office No. Debe seleccionar un N° de Consultorio dental

Blue Cross - You must select a Dental Office No. Debe seleccionar un N° de Consultorio dental

Dental Office No.
N° de Consultorio dental

*Fee-for-service dental coverage is substituted if the member is outside of PPO dental service area. *Si el afiliado está fuera de la zona de servicios de PPO, se sustituye una cobertura dental de honorarios por servicio.

C. OPTIONAL DEPENDENT LIFE INSURANCE: SEGURO DE VIDA OPATIVO PARA PERSONAS A CARGO:

- Yes No
Si

Dependent Life Insurance is only \$2.00 per month for \$5,000 option or \$4.00 per month for \$10,000 option (Available only if offered by employer.)

El Seguro de vida para dependientes es sólo \$2.00 por mes para una opción de \$5,000 ó \$4.00 para una opción de \$10,000 (Disponible sólo si lo ofrece la empresa).

2 EMPLOYEE INFORMATION: Must be completed by employee.

INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO: Debe ser completado por el empleado.

RA/Cal-COBRA

Effective Date: Fecha de efectiva: _____

- New Group enrollment Nueva afiliación al grupo
 Family addition Familiar adicional
 Late enrollment Inscripción tardía

- New hire Nuevo empleado
 Change of coverage Cambio de cobertura
 Other Otro

- COBRA
 *Cal-COBRA applicants must submit first month's premium
 *Las personas que soliciten inscripción en Cal-COBRA deben incluir el pago de la prima correspondiente al primer mes

Cal-COBRA*

LAST NAME APELLIDO	FIRST NAME NOMBRE	M.I. INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	MARITAL STATUS ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Single Soltero <input type="checkbox"/> Married Casado	# of Dependents including Spouse # de Dependientes incluyendo al esposo/a	SOCIAL SECURITY NO. NO. DE SEGURO SOCIAL
--------------------	-------------------	---------------------------------	---	---	--

HOME ADDRESS (P.O. Box not acceptable, unless rural P.O. Box) DIRECCIÓN DE SU CASA (No se aceptan apartados postales a menos que sean rurales)	APT. NO. No. de apartamento	# of Hours Worked per week # de Horas trabajadas por semana	HOME PHONE NO. NUMERO DE TELEFONO DE SU CASA
--	-----------------------------	---	--

CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO POSTAL	SPOUSE'S SOCIAL SECURITY NO. NO. DE SEGURO SOCIAL DEL ESPOSO/A
-------------	--------------	------------------------	--

EMPLOYER NAME NOMBRE DE LA EMPRESA O PATRONO	OCCUPATION/JOB TITLE OCUPACIÓN/POSICIÓN	HIRE DATE (MM/DD/YY) FECHA DE INCORPORACIÓN (MES/DÍA/AÑO)	<input type="checkbox"/> Part time Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Full time Tiempo completo
--	---	---	---

BUSINESS PHONE NO. NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO	SALARY SALARIO \$	<input type="checkbox"/> Hourly Por hora <input type="checkbox"/> Weekly Semanal <input type="checkbox"/> Monthly Mensual	LIFE INSURANCE BENEFICIARY - Last Name, First Name, Middle Initial BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA - Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre	RELATIONSHIP VINCULO
---	----------------------	---	---	----------------------

3 EMPLOYEE/DEPENDENT INFORMATION - List yourself and only those eligible dependents who are enrolling.

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO/DEPENDIENTE - Indique su nombre y solamente el nombre de los dependientes elegibles que se están afiliando.

An eligible "dependent" is an employee's lawful spouse/domestic partner; the unmarried children of the employee or of the employee's spouse who are under age 19; or the unmarried child of the employee or enrolled spouse, who is between the age of 19-24, is a full-time student, and is fully dependent on the employee for support. If spouse's last name is different from yours, is he/she a domestic partner? Yes No

PERSONAS A CARGO - Ponga su nombre y solamente el de las personas a su cargo elegibles que se afilien. Una "persona a cargo" elegible es: el cónyuge legal/compañero doméstico de un empleado; los hijos solteros del empleado o del cónyuge del empleado si son menores de 19 años; o un hijo soltero del empleado o del cónyuge afiliado, si tiene entre 19 y 24 años, es estudiante a tiempo completo, y depende totalmente del empleado para su manutención. Si el apellido de su cónyuge es diferente del suyo, ¿es él/ella su pareja? Sí No

3A. HMO only - IPA Sólo HMO - IPA
 If you select an IPA you must choose a primary care physician for each member of your family.
 Si usted escoge un IPA, debe escoger un médico de cabecera para cada miembro.

FAMILY ADDITION: ADICIÓN FAMILIAR: Date of Marriage: Fecha matrimonio: _____ Date of adoption: Fecha adopción: _____

SEX SEXO	LAST NAME APELLIDO	FIRST NAME NOMBRE	M.I. INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	HEIGHT ESTATURA	WEIGHT PESO	DISABLED? ¿INCAPACITADO?	BIRTHDATE FECHA DE NACIMIENTO Month Mes Day Día Year Año	PRIMARY CARE PHYSICIAN NO. N° DEL MÉDICO DE CABECERA
10 <input type="checkbox"/> Male Masculino 20 <input type="checkbox"/> Female Femenino	EMPLOYEE DEL EMPLEADO					<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No		
30 <input type="checkbox"/> Male Masculino 40 <input type="checkbox"/> Female Femenino	SPOUSE* ESPOSO/A					<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No		
50 <input type="checkbox"/> Male Masculino 70 <input type="checkbox"/> Female Femenino						<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No		
51 <input type="checkbox"/> Male Masculino 71 <input type="checkbox"/> Female Femenino						<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No		
52 <input type="checkbox"/> Male Masculino 72 <input type="checkbox"/> Female Femenino						<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No		

*Spouse includes domestic partner ONLY if your employer has elected that coverage. *Esposo/a incluye pareja del hogar legal SOLAMENTE si su empresa o patrono ha seleccionado dicha cobertura. If coverage is available, domestic partner enrollment requires completion of the Domestic Partner Affidavit. Si la cobertura está disponible, la afiliación de la pareja del hogar tiene como requisito el completar una declaración jurada de pareja del hogar (Domestic Partner Affidavit).

After completion, remove tape on inside pages, fold closed to seal, and submit application to your employer. Después de completar, retire la cinta adhesiva de las páginas interiores, doble y cierre para que selle, y envíe la aplicación a su empleador.

4 COVERAGE DECLINATION: RECHAZO DE COBERTURA:

- To be completed if any coverage is declined or refused by an eligible employee and/or their eligible dependent(s).
- Debe completarse si un empleado elegible y/o su(s) dependiente(s) elegible(s) rechazan cualquier tipo de cobertura.

A. Health Plan coverage declined for: Rechazo de la cobertura del plan de salud para:

- Myself Yo mismo
- Spouse* Esposo/a*
- Dependent(s) Dependiente(s)

B. Dental coverage declined for: Rechazo de cobertura dental para:

- Myself Yo mismo
- Spouse* Esposo/a*
- Dependent(s) Dependiente(s)

C. Life Insurance declined for: Rechazo de seguro de vida para:

- Myself Yo mismo
- Spouse* Esposo/a*
- Dependent(s) Dependiente(s)

Reason for declining coverage: (Check one) Razón del rechazo de la cobertura: (indique sólo uno)

- Covered by spouse's group coverage Cubierto por la cobertura de grupo del esposo/a
Carrier name and I.D. number: Nombre de la compañía aseguradora y número de póliza: _____
- Covered by Blue Cross Individual Policy Cubierto por póliza individual de Blue Cross
- Spouse covered by employer's group medical coverage Esposo/a cubierto por cobertura médica de grupo de su patrono
Carrier name: Nombre de la compañía aseguradora: _____
- Covered by Champus or Champva Cubierto por Champus o Champva
- Enrolled in any other insurance carrier plan - Afiliado a otro plan de seguros
Carrier name: Nombre de la compañía aseguradora: _____
- Medicare
- Other (Explain): Otro (Explique): _____

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 TWELVE (12) MONTHS FROM THE DATE OF ANY FUTURE APPLICATION TO BE ENROLLED IN THIS GROUP MEDICAL AND/OR GROUP LIFE INSURANCE PLAN. PRE-EXISTING CONDITIONS, WHEN ENROLLED IN THIS GROUP MEDICAL PLAN, MAY NOT BE COVERED FOR SIX (6) MONTHS.

Certifico que la empresa o patrono me ha explicado las coberturas disponibles y sé que tengo todo el derecho de solicitar cobertura. Se me ha dado la oportunidad de solicitar esta cobertura y he decidido no afiliarme y/o no afiliarme a mi(s) dependiente(s) si los tengo. He tomado esta decisión voluntariamente, y nadie ha intentado influir sobre mí o presionarme para que rechace la cobertura. AL DECLINAR ESTA COBERTURA MÉDICA DE GRUPO (A MENOS QUE EL EMPLEADO Y/O SUS DEPENDIENTES TENGAN COBERTURA MÉDICA DE GRUPO EN OTRA PARTE), RECONOZCO QUE MIS DEPENDIENTES Y YO QUIZÁS TENGAMOS QUE ESPERAR DOCE (12) MESES A PARTIR DE ESTA FECHA PARA CUALQUIER SOLICITUD FUTURA PARA INGRESAR EN ESTE PLAN MÉDICO DE GRUPO Y/O EL PLAN DE SEGURO DE VIDA DEL GRUPO. SI HUBIERA CONDICIONES PRE-EXISTENTES, AL AFILIARSE EN ESTE PLAN MÉDICO DE GRUPO, PUEDE SER QUE NO ESTÉN CUBIERTAS POR SEIS (6) MESES.

X _____
Signature if declining coverage for employee/dependent(s)
Firma si se declina la cobertura del empleado/dependiente(s)

_____/_____/_____
Date (Month / Day / Year)
Fecha (Mes/Día/Año)

*Spouse includes domestic partner ONLY if your employer has elected that coverage. *Esposo/a incluye pareja del hogar SOLAMENTE si su empresa o patrón ha seleccionado dicha cobertura. If coverage is available, domestic partner enrollment requires completion of the Domestic Partner Affidavit. Si la cobertura está disponible, la afiliación de la pareja del hogar tiene como requisito el completar una declaración jurada de pareja del hogar (Domestic Partner Affidavit).

5 HEALTH QUESTIONNAIRE FOR GROUPS ENROLLING 1-10 EMPLOYEES AND LATE ENROLLEES:
CUESTIONARIO PARA INSCRIPCIÓN DE GRUPOS DE 1-10 EMPLEADOS Y PERSONAS QUE SE INSCRIBEN TARDE:

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

ANTECEDENTES MÉDICOS DE USTED Y DE SU FAMILIA (Incluya información sobre todos los familiares que desea incluir en la cobertura.)

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?

De las personas que se incluyen en esta solicitud, ¿alguna de ellas alguna vez ha asistido a una consulta, ha solicitado tratamiento, ha recibido tratamiento, ha sido sometida a tratamiento quirúrgico o ha sido hospitalizada por alguna de las siguientes condiciones?

All questions must be answered "Yes" or "No".

Todas las preguntas deben ser contestadas con "Sí" o "No".

INCOMPLETE APPLICATIONS WILL BE RETURNED TO YOU FOR COMPLETION WHICH MAY DELAY THE EFFECTIVE DATE OF YOUR COVERAGE.

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS PARA SER COMPLETADAS LO CUAL PUEDE RETRASAR LA FECHA EFECTIVA DE SU COBERTURA.

	Yes Sí	No		Yes Sí	No
1. Heart attack, heart murmur, stroke, chest pain, high blood pressure, anemia, varicose veins, or any other disorder of the heart, blood, blood vessels, hyperlipemia or arteriosclerosis? ¿Ataque cardíaco, soplo cardíaco, apoplejía dolores en el pecho, alta tensión sanguínea, anemia, venas varicosas, o cualquier otro trastorno del corazón, de la sangre, de los vasos sanguíneos, hiperlipemia o arteriosclerosis?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Has any person to be covered had or been told that they had an immune deficiency disorder, AIDS, or AIDS-related complex? De las personas que se desea incluir en la cobertura, ¿alguna ha tenido o se le ha dicho que tiene un trastorno de inmunodeficiencia, SIDA, o complejo relacionado al SIDA?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ulcer, colitis, gall stone, hernia or any other disorder of the stomach, intestines, rectum, gall bladder, or liver? ¿Úlcera, colitis, cálculo biliar, hernia u otro trastorno del estómago, intestinos, recto, vesícula biliar, o hígado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Within the last five years, had an x-ray, electrocardiogram, cardiovascular exam, or any laboratory test or study? En los últimos cinco años, ¿ha tenido una radiografía, electrocardiograma, examen cardiovascular, o cualquier examen o estudio de laboratorio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cancer, cyst, or tumor? ¿Cáncer, quiste o tumor?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Within the last 12 months, taken medicine as prescribed by a physician or other health practitioner? En los últimos 12 meses, ¿ha tomado medicamentos recetados por un médico o por otro profesional de la salud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Disorder of the kidneys, blood or albumin, thyroid glands, diabetes, venereal disease or any related eye disorders, urinary systems, male or female organs, or menstrual dysfunction? ¿Trastorno de los riñones, sangre o albúmina, tiroides, diabetes, enfermedades venéreas o cualquier trastorno de la vista relacionado, tracto urinario, órganos masculinos o femeninos, o trastornos de la menstruación?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Been treated for alcoholism or other drug or substance abuse or been advised to seek treatment for the same? ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo o por abuso de sustancia u otra droga, o se le ha recomendado que reciba tratamiento por lo mismo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tuberculosis, asthma, hay fever, adenoids, pleurisy or any other disorder of the lungs or respiratory system? Tuberculosis, asma, fiebre del heno, adenoides, pleuresía o cualquier otro trastorno de los pulmones o del sistema respiratorio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13a. Is any female to be covered currently pregnant? ¿Está actualmente embarazada alguna de las mujeres que se desea incluir en la cobertura?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Epilepsy, fainting spells, mental or nervous condition, paralysis or any disorder of the brain or nervous system? ¿Epilepsia, desmayos o mareos, condiciones mentales o nerviosas, parálisis o cualquier trastorno del cerebro o del sistema nervioso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, Due Date (Month): Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de parto? (Mes): _____		
If epileptic, date of last seizure: Si es epiléptico, fecha del último ataque: _____			b. If you are a male listed on this application, are you expecting a child with anyone, even if the mother is not listed on this application? Si usted es un hombre incluido en esta solicitud, ¿está a la espera de un hijo con alguien, aún si la madre no está incluida en esta solicitud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Arthritis, rheumatic fever, back trouble, or any other disorder of the joints, muscles, or bones? ¿Artritis, fiebre reumática, problemas de la espalda, o cualquier otro trastorno de las articulaciones, músculos o huesos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Any history of complication of pregnancy? ¿Existe algún antecedente de complicaciones durante el embarazo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Any physical deformity or defect? Any serious bodily injury, fracture, concussion, burn, and/or congenital problems? ¿Alguna deformidad o defecto físico. Alguna lesión corporal, fractura, concusión, quemadura, y/o problema congénito grave?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Does anyone listed on this application use tobacco products? ¿Usa productos que contienen tabaco alguna de las personas incluidas en esta solicitud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

After completion, remove tape on inside pages, fold closed to seal, and submit application to your employer. Después de completar, retire la cinta adhesiva de las páginas interiores, doble y cierre para que selle, y envíe la aplicación a su empleador.

IF YOU ANSWERED "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS ABOVE, YOU MUST COMPLETE THE FOLLOWING.
 SI USTED RESPONDIÓ "SÍ" A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DEBE COMPLETAR LO SIGUIENTE.

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.)* Por favor explique y suministre TODOS LOS DETALLES para cada respuesta marcada como "Sí" de las preguntas anteriores. Además, por favor suministre más abajo los detalles de la última consulta médica y/o examen físico de TODOS los familiares incluidos en esta solicitud sin importar la fecha o la razón. *(Agregue hojas adicionales si es necesario.)*

Question # Pregunta #	NAME OF FAMILY MEMBER (As identified on physician's record) NOMBRE DEL FAMILIAR (Tal como se identifica en el registro del médico)		Question # Pregunta #	NAME OF FAMILY MEMBER (As identified on physician's record) NOMBRE DEL FAMILIAR (Tal como se identifica en el registro del médico)	
DATE OF ONSET/TREATMENT (Month/Year) FECHA DEL ATAQUE/TRATAMIENTO (Mes/Año)		DATE ENDED FECHA EN QUE FINALIZÓ	<input type="checkbox"/> Still under treatment <input type="checkbox"/> Aún bajo tratamiento		DATE OF ONSET/TREATMENT (Month/Year) FECHA DEL ATAQUE/TRATAMIENTO (Mes/Año)
					DATE ENDED FECHA EN QUE FINALIZÓ
					<input type="checkbox"/> Still under treatment <input type="checkbox"/> Aún bajo tratamiento
NAME OF CONDITION(S)/ILLNESS(es) TREATED NOMBRE DE LA CONDICIÓN(es)/ENFERMEDAD(es) TRATADAS			NAME OF CONDITION(S)/ILLNESS(es) TREATED NOMBRE DE LA CONDICIÓN(es)/ENFERMEDAD(es) TRATADAS		
TREATMENT RENDERED TRATAMIENTO RECIBIDO			TREATMENT RENDERED TRATAMIENTO RECIBIDO		
MEDICATION (If taken) MEDICAMENTO (si se está tomando)		DATE PRESCRIBED FECHA DE LA RECETA	DOSAGE DOSIS		MEDICATION (If taken) MEDICAMENTO (si se está tomando)
					DATE PRESCRIBED FECHA DE LA RECETA
					DOSAGE DOSIS
Question # Pregunta #	NAME OF FAMILY MEMBER (As identified on physician's record) NOMBRE DEL FAMILIAR (Tal como se identifica en el registro del médico)		Question # Pregunta #	NAME OF FAMILY MEMBER (As identified on physician's record) NOMBRE DEL FAMILIAR (Tal como se identifica en el registro del médico)	
DATE OF ONSET/TREATMENT (Month/Year) FECHA DEL ATAQUE/TRATAMIENTO (Mes/Año)		DATE ENDED FECHA EN QUE FINALIZÓ	<input type="checkbox"/> Still under treatment <input type="checkbox"/> Aún bajo tratamiento		DATE OF ONSET/TREATMENT (Month/Year) FECHA DEL ATAQUE/TRATAMIENTO (Mes/Año)
					DATE ENDED FECHA EN QUE FINALIZÓ
					<input type="checkbox"/> Still under treatment <input type="checkbox"/> Aún bajo tratamiento
NAME OF CONDITION(S)/ILLNESS(es) TREATED NOMBRE DE LA CONDICIÓN(es)/ENFERMEDAD(es) TRATADAS			NAME OF CONDITION(S)/ILLNESS(es) TREATED NOMBRE DE LA CONDICIÓN(es)/ENFERMEDAD(es) TRATADAS		
TREATMENT RENDERED TRATAMIENTO RECIBIDO			TREATMENT RENDERED TRATAMIENTO RECIBIDO		
MEDICATION (If taken) MEDICAMENTO (si se está tomando)		DATE PRESCRIBED FECHA DE LA RECETA	DOSAGE DOSIS		MEDICATION (If taken) MEDICAMENTO (si se está tomando)
					DATE PRESCRIBED FECHA DE LA RECETA
					DOSAGE DOSIS
Question # Pregunta #	NAME OF FAMILY MEMBER (As identified on physician's record) NOMBRE DEL FAMILIAR (Tal como se identifica en el registro del médico)		Question # Pregunta #	NAME OF FAMILY MEMBER (As identified on physician's record) NOMBRE DEL FAMILIAR (Tal como se identifica en el registro del médico)	
DATE OF ONSET/TREATMENT (Month/Year) FECHA DEL ATAQUE/TRATAMIENTO (Mes/Año)		DATE ENDED FECHA EN QUE FINALIZÓ	<input type="checkbox"/> Still under treatment <input type="checkbox"/> Aún bajo tratamiento		DATE OF ONSET/TREATMENT (Month/Year) FECHA DEL ATAQUE/TRATAMIENTO (Mes/Año)
					DATE ENDED FECHA EN QUE FINALIZÓ
					<input type="checkbox"/> Still under treatment <input type="checkbox"/> Aún bajo tratamiento
NAME OF CONDITION(S)/ILLNESS(es) TREATED NOMBRE DE LA CONDICIÓN(es)/ENFERMEDAD(es) TRATADAS			NAME OF CONDITION(S)/ILLNESS(es) TREATED NOMBRE DE LA CONDICIÓN(es)/ENFERMEDAD(es) TRATADAS		
TREATMENT RENDERED TRATAMIENTO RECIBIDO			TREATMENT RENDERED TRATAMIENTO RECIBIDO		
MEDICATION (If taken) MEDICAMENTO (si se está tomando)		DATE PRESCRIBED FECHA DE LA RECETA	DOSAGE DOSIS		MEDICATION (If taken) MEDICAMENTO (si se está tomando)
					DATE PRESCRIBED FECHA DE LA RECETA
					DOSAGE DOSIS
Question # Pregunta #	NAME OF FAMILY MEMBER (As identified on physician's record) NOMBRE DEL FAMILIAR (Tal como se identifica en el registro del médico)		Question # Pregunta #	NAME OF FAMILY MEMBER (As identified on physician's record) NOMBRE DEL FAMILIAR (Tal como se identifica en el registro del médico)	
DATE OF ONSET/TREATMENT (Month/Year) FECHA DEL ATAQUE/TRATAMIENTO (Mes/Año)		DATE ENDED FECHA EN QUE FINALIZÓ	<input type="checkbox"/> Still under treatment <input type="checkbox"/> Aún bajo tratamiento		DATE OF ONSET/TREATMENT (Month/Year) FECHA DEL ATAQUE/TRATAMIENTO (Mes/Año)
					DATE ENDED FECHA EN QUE FINALIZÓ
					<input type="checkbox"/> Still under treatment <input type="checkbox"/> Aún bajo tratamiento
NAME OF CONDITION(S)/ILLNESS(es) TREATED NOMBRE DE LA CONDICIÓN(es)/ENFERMEDAD(es) TRATADAS			NAME OF CONDITION(S)/ILLNESS(es) TREATED NOMBRE DE LA CONDICIÓN(es)/ENFERMEDAD(es) TRATADAS		
TREATMENT RENDERED TRATAMIENTO RECIBIDO			TREATMENT RENDERED TRATAMIENTO RECIBIDO		
MEDICATION (If taken) MEDICAMENTO (si se está tomando)		DATE PRESCRIBED FECHA DE LA RECETA	DOSAGE DOSIS		MEDICATION (If taken) MEDICAMENTO (si se está tomando)
					DATE PRESCRIBED FECHA DE LA RECETA
					DOSAGE DOSIS
Question # Pregunta #	NAME OF FAMILY MEMBER (As identified on physician's record) NOMBRE DEL FAMILIAR (Tal como se identifica en el registro del médico)		Question # Pregunta #	NAME OF FAMILY MEMBER (As identified on physician's record) NOMBRE DEL FAMILIAR (Tal como se identifica en el registro del médico)	
DATE OF ONSET/TREATMENT (Month/Year) FECHA DEL ATAQUE/TRATAMIENTO (Mes/Año)		DATE ENDED FECHA EN QUE FINALIZÓ	<input type="checkbox"/> Still under treatment <input type="checkbox"/> Aún bajo tratamiento		DATE OF ONSET/TREATMENT (Month/Year) FECHA DEL ATAQUE/TRATAMIENTO (Mes/Año)
					DATE ENDED FECHA EN QUE FINALIZÓ
					<input type="checkbox"/> Still under treatment <input type="checkbox"/> Aún bajo tratamiento
NAME OF CONDITION(S)/ILLNESS(es) TREATED NOMBRE DE LA CONDICIÓN(es)/ENFERMEDAD(es) TRATADAS			NAME OF CONDITION(S)/ILLNESS(es) TREATED NOMBRE DE LA CONDICIÓN(es)/ENFERMEDAD(es) TRATADAS		
TREATMENT RENDERED TRATAMIENTO RECIBIDO			TREATMENT RENDERED TRATAMIENTO RECIBIDO		
MEDICATION (If taken) MEDICAMENTO (si se está tomando)		DATE PRESCRIBED FECHA DE LA RECETA	DOSAGE DOSIS		MEDICATION (If taken) MEDICAMENTO (si se está tomando)
					DATE PRESCRIBED FECHA DE LA RECETA
					DOSAGE DOSIS

Insert additional sheets before sealing, if necessary.
 Agregue las hojas adicionales, si son necesarias, antes de sellar la solicitud.

After completion, sign the authorization on the back of the form, remove tape, fold closed to seal, and submit to your employer.
Después de completar, firme la autorización en la parte de atrás del formulario, retire la cinta adhesiva,
doble y cierre para que selle y envíe la aplicación a su empleador.

5A HEALTH QUESTIONNAIRE FOR GROUPS ENROLLING 11-50 EMPLOYEES: CUESTIONARIO DE SALUD PARA GRUPOS QUE INSCRIBEN 11-50 EMPLEADOS:

Have you, your spouse or any of your dependents: Las siguientes preguntas se refieren a usted, su esposo/a o cualquiera de sus dependientes:

1. Ever had, consulted for, had treatment rendered, been advised to have treatment, or received treatment or been hospitalized for any of the following conditions: Cardiovascular disease or heart attack; stroke; disorder of the kidney, stomach, intestines or liver; musculoskeletal conditions; mental or nervous condition; central nervous system disorders; diabetes; any disorder of the lungs or respiratory system; cancer or immune deficiency disorder, AIDS, or AIDS-related complex?
¿Alguna vez ha asistido a una consulta, se ha sometido a tratamiento, se le ha recomendado que reciba tratamiento, o ha recibido tratamiento o ha sido hospitalizado por alguna de las siguientes condiciones? Enfermedad cardiovascular o ataque al corazón; apoplejía; infarto; trastorno de los riñones, estómago, intestinos o hígado; condiciones músculoesqueléticas; condiciones mentales o nerviosas; trastornos del sistema nervioso central; diabetes; cualquier trastorno de los pulmones o del sistema respiratorio; cáncer o trastorno de inmunodeficiencia SIDA o complejo relacionado al SIDA. Yes Sí No
2. During the last 24 months, had surgery or been confined in any hospital, sanitarium, convalescent facility or specialized care facility or had medical expenses more than \$5,000?
En los últimos 24 meses, ¿ha sido sometido a una operación quirúrgica o ha sido recluso en un hospital, sanatorio, instalación para convalecientes o instalación de atención especializada o ha tenido gastos médicos por encima de los \$5,000? Yes Sí No
- 3a. Is any female to be covered currently pregnant? ¿Está actualmente embarazada alguna de las mujeres que se desea incluir en la cobertura? Yes Sí No
- b. If you are male listed on this application, are you expecting a child with anyone, even if the mother is not listed on this application?
Si usted es uno de los hombres incluidos en esta solicitud, ¿está esperando un hijo con alguien, aunque la madre no se mencione en esta solicitud? Yes Sí No
4. Does anyone listed on this application use tobacco products? ¿Usa productos que contienen tabaco alguna de las personas incluidas en esta solicitud? Yes Sí No

If you answered "YES" to all or part of the above questions, complete the following:

Si contestó "Sí" a todas o algunas de las preguntas anteriores, complete la siguiente sección:

Name of patient:

Nombre del paciente: _____

Date of first treatment:

Fecha del primer tratamiento: _____

Date(s) of following treatment(s):

Fechas(s) del tratamiento(s) siguiente(s): _____

Degree of recovery:

Grado de recuperación: _____

Condition treated:

Condición tratada: _____

Medication and dosage taken:

Medicamento y dosis recibida: _____

Date - From:

Fecha - Desde: _____

Through:

Hasta: _____

Name of patient:

Nombre del paciente: _____

Date of first treatment:

Fecha del primer tratamiento: _____

Date(s) of following treatment(s):

Fechas(s) del tratamiento(s) siguiente(s): _____

Degree of recovery:

Grado de recuperación: _____

Condition treated:

Condición tratada: _____

Medication and dosage taken:

Medicamento y dosis recibida: _____

Date - From:

Fecha - Desde: _____

Through:

Hasta: _____

ALL EMPLOYEES MUST COMPLETE THE FOLLOWING TODOS LOS EMPLEADOS DEBEN COMPLETAR LA SIGUIENTE SECCIÓN

6 OTHER COVERAGE FOR ALL ENROLLING EMPLOYEES AND DEPENDENTS: OTRA COBERTURA PARA EMPLEADOS Y DEPENDIENTES QUE SE ESTÁN AFILIANDO: All questions must be answered. Todas las preguntas deben ser contestadas.

- A. Do any persons on this application intend to continue other Group coverage if this application is accepted?
Si se acepta esta solicitud, ¿tiene alguna de las personas incluidas en la solicitud la intención de continuar con otra cobertura de Grupo? Yes Sí No
If yes, Name of person: Si la respuesta es sí, nombre de la persona: _____
Insurance Company: Compañía de seguros: _____
- B. Does any person applying for coverage currently have health insurance coverage?
¿Tiene actualmente alguna de las personas en esta solicitud cobertura de seguro médico? Yes Sí No
Has any person applying for coverage had health insurance coverage at any time in the past six months?
¿Ha tenido alguna de las personas en esta solicitud, cobertura de seguro médico en cualquier momento durante los últimos seis meses? Yes Sí No
(Any individual Blue Cross of California coverage must be terminated if and when accepted by this Group Medical Plan.)
(Debe cancelarse cualquier cobertura individual con Blue Cross of California en el momento si es aceptado en este Plan Médico de Grupo)
If yes, Applicant/family member name(s): Si la respuesta es sí, nombre(s) del solicitante/familiar: _____
Type of continuous coverage: Tipo de cobertura continua: Group Grupo Individual Individual Other Otra _____
Insurance Company: Compañía de seguros: _____
Date coverage began: Fecha de inicio de la cobertura: _____ Date ended: Fecha de terminación: _____
- C. Does any person applying for coverage currently have Dental Insurance Coverage?
¿Tiene actualmente alguna de las personas en esta solicitud cobertura de seguro dental? Yes Sí No
If yes, Applicant/family member name(s): Si la respuesta es sí, nombre(s) del solicitante/familiar: _____
Type of coverage: Tipo de cobertura: Group Grupo Individual Individual Other Otra _____
Insurance Company: Compañía de seguros: _____
Date coverage began: Fecha de inicio de la cobertura: _____ Date ended: Fecha de terminación: _____
- D. Is any person applying for coverage eligible for Medicare or currently receiving Medicare benefits?
¿La persona que solicita cobertura tiene derecho a Medicare o recibe en este momento los beneficios de Medicare? Yes Sí No

SUBMIT PROOF OF COVERAGE - To comply with Federal and State laws, proof of this coverage must accompany this application.

ENTREGUE EVIDENCIA DE COBERTURA - Para cumplir con las leyes federales y estatales, esta solicitud debe estar acompañada de la evidencia de esta cobertura.

Acceptable forms of proof are: Las siguientes son evidencias de cobertura aceptables:

1. Certificate of coverage from prior carrier, or Certificado de cobertura de la compañía aseguradora anterior, ó
2. Copy of I.D. card and copy of payroll stub showing medical coverage deduction, or Copia de la tarjeta de identificación y copia del comprobante de nómina de pago que muestre la deducción de la cobertura médica, ó
3. Copy of most recent medical premium bill or certificate of coverage from prior carrier. Copia de la factura más reciente para el pago de la prima médica o certificado de cobertura de la compañía aseguradora anterior.

Failure to advise and provide proof of prior coverage may subject you or a family member to a six-month pre-existing conditions clause. El no informar ni suministrar evidencia de cobertura anterior puede resultar en que usted o un familiar sea sometido a la cláusula de seis meses de condiciones pre-existentes.

Continued on the following page Continuación en la siguiente página →

7 AUTHORIZATION - The following Authorization is to be signed by ALL EMPLOYEES applying for coverage.
AUTORIZACIÓN - La siguiente Autorización debe ser firmada por TODOS LOS EMPLEADOS que soliciten cobertura.

I AGREE: 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.

ESTOY DE ACUERDO: Toda la información en este formulario es correcta y verdadera. Entiendo que esta solicitud y toda información que Blue Cross of California y/o BC Life & Health Insurance Company obtenga antes de la fecha de vigencia de la cobertura es la base sobre la cual se podrá otorgar la cobertura dentro de este plan. Además autorizo a mi patrón a deducir de mis ingresos la contribución (si la hubiera) requerida para ser aplicada al costo de este plan. Certifico que trabajo en el lugar de negocios de mi patrón como empleado permanente.

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.

Entiendo que la solicitud de mi patrón determinará la cobertura y que no hay cobertura a menos que, y hasta que esta solicitud y una solicitud hecha por mi patrón hayan sido aceptadas y aprobadas por BLUE CROSS y BC LIFE & HEALTH INSURANCE COMPANY.

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

Aún si esta solicitud se aprueba, cualquier información errónea u omisión podría resultar en que se rechacen reclamos futuros y que la póliza se cancele.

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 No Deductible 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 COBERTURA DEL PLAN PPO: Entiendo que es mi responsabilidad el pago de la mayor parte de mis gastos médicos si voy a un proveedor que no pertenece al plan. Si escojo No Deductible PPO Plan y voy a un proveedor que no pertenece al plan, los pagos médicos se harán basados en el menor de los porcentajes de la tarifa negociada y cualquier monto por encima de dicho pago será mi responsabilidad.

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 COBERTURA DEL PLAN HMO: Entiendo que es mi responsabilidad el pago de los servicios recibidos que no hayan sido autorizados por mi grupo médico primario.

I AM APPLYING FOR THE HIGH DEDUCTIBLE EPO (Medical Savings Account (MSA) compatible) 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 MSA. To do so, I must contact a qualified financial institution. Also, I understand that I should consult my tax advisor.

SOLICITO EL PLAN EPO CON DEDUCIBLE ALTO (compatible con Medical Savings Account, MSA): Entiendo que los Planes con Deducibles Altos están diseñados para ser usados por Organización de Proveedores Exclusivos (EPO, del inglés), y que el consultar a proveedores no participantes podría significar que los costos directos sean significativamente más altos.

Entiendo que el tener esta cobertura no establece un MSA. Para hacerlo, debo comunicarme con una Institución financiera calificada. Además, entiendo que debo consultar con mi asesor sobre impuestos.

ARBITRATION AGREEMENT: I understand that any dispute between myself (and/or any enrolled family member) and Blue Cross of California/BC Life & Health must be resolved by binding arbitration, if the amount in dispute exceeds the jurisdictional limit of the Small Claims Court, not by lawsuit or resort to court process, except as California law provides for judicial review of arbitration proceedings. Under this coverage, Blue Cross/BC Life & Health and the member are giving up the right to have any dispute decided in a court of law before a jury. Blue Cross and the member also agree to give up any right to pursue on a class basis any claim or controversy against the other.

ACUERDO DE ARBITRAJE: Entiendo que toda disputa entre yo (y/o cualquier persona afiliada de mi familia) y Blue Cross of California/BC Life & Health debe ser resuelta por medio de un arbitraje obligatorio, si el monto disputado excede el límite jurisdiccional de la Corte de Reclamos Menores, y no mediante una demanda o recurriendo al proceso de las cortes, excepto en la medida en que California disponga revisiones judiciales de los procedimientos de arbitraje. Bajo esta cobertura, Blue Cross/BC Life & Health y el miembro renuncian al derecho de decidir cualquier contencioso en una corte delante de un jurado. Blue Cross y el miembro también aceptan renunciar a cualquier derecho de presentar cualquier reclamación o controversia en contra del otro.

I attest by signing below that I have reviewed the information provided on this application and confirm that it is true and accurate with no omissions or misstatements.

Doy fe con mi firma debajo de que he leído la información que contiene esta solicitud, y confirmo que es verdadera y correcta, y que no contiene omisiones o declaraciones erróneas.

X _____ / _____ / _____ X _____ / _____ / _____
 Signature of Employee Date (Month / Day / Year) Signature of Employee's Spouse (if applying for coverage) Date (Month / Day / Year)
 Firma del empleado Fecha (Mes/Día/Año) Firma del esposo/a del empleado (si solicita cobertura) Fecha (Mes/Día/Año)

AUTHORIZATION TO OBTAIN OR RELEASE MEDICAL INFORMATION: I authorize any physician or other health care professional, hospital or other health care facility, counselor, therapist, or any other medical or medically related facility or professional to give Blue Cross of California or Affiliate ("Blue Cross") its agents, employees, designees, or representatives, including my Blue Cross agent or broker any and all information and records relating to the medical history, medical examinations, services rendered, or treatment given, including treatment for alcohol abuse, substance abuse, mental or emotional disorders, A.I.D.S. (Acquired Immune Deficiency Syndrome), or A.R.C. (AIDS-Related Complex) of me, or any of my dependents applying for or having Blue Cross coverage. I understand that this information may be collected in connection with the review, investigation or evaluation of any application for coverage or of any claim for benefits.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O ENTREGAR INFORMACIÓN MÉDICA: Autorizo a cualquier médico u otro profesional médico, hospital u otro centro de atención de la salud, consejero, terapeuta u otro centro médico o centro de atención o profesional relacionado con atención médica, a entregarle a Blue Cross of California o Afiliada ("Blue Cross"), a sus agentes, empleados, personas designadas o representantes, incluso a mi agentes o corredor de Blue Cross, toda información o registros relacionadas con mis antecedentes médicos, exámenes médicos, servicios prestados, o tratamientos dados, incluso los tratamientos por abuso al alcohol, abuso de sustancias, trastornos mentales o emocionales, SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o ARC (Complejo derivado del SIDA) míos o de las personas a mis cargo que soliciten o tengan cobertura de Blue Cross. Entiendo que esta información se puede obtener en conexión con el análisis, investigación de cualquier solicitud de cobertura o de cualquier reclamo de beneficios.

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.

PROHIBICIÓN DE LA PRUEBA DEL VIH: Las leyes de California prohíben que las compañías de seguros de salud exijan una prueba del VIH, o que éstas se apoyen en dicha prueba como condición para otorgar un seguro de salud.

I also authorize Blue Cross to disclose all such medical or personal information related to myself or any covered dependent, to a health care provider, a health care service plan, a self-insurer, or any insurance company for the purposes of investigating or evaluating any claim for benefits.

También autorizo a Blue Cross a revelar todo tipo de información médica o personal que tenga que ver conmigo o con las personas a mi cargo que están aseguradas; a un proveedor de atención médica, un plan de servicios de la salud, un autoseguro, o cualquier compañía de seguros con el objeto de investigar o evaluar cualquier reclamación de beneficios.

This authorization is effective immediately and shall remain in effect for a period of thirty (30) months, except that it shall remain effective for use in connection with any claim for benefits for as long as any Blue Cross coverage may be in effect. A photocopy of this authorization is as valid as the original, and I, and my Blue Cross agent or broker, am entitled to receive a copy of this form. Esta autorización entra en vigencia inmediatamente y seguirá vigente por un plazo de treinta (30) meses, con la excepción de que seguirá vigente para usarla en conexión con cualquier reclamación de beneficios siempre y cuando la cobertura de Blue Cross pueda estar en vigor. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original, y yo, y mi representante o corredor de Blue Cross tenemos derecho a recibir una copia de este formulario.

X _____ / _____ / _____ X _____ / _____ / _____
 Signature of Employee Date (Month / Day / Year) Signature of Employee's Spouse (if applying for coverage) Date (Month / Day / Year)
 Firma del empleado Fecha (Mes/Día/Año) Firma del esposo/a del empleado (si solicita cobertura) Fecha (Mes/Día/Año)

After completion, sign Authorization, remove tape on inside pages, fold closed to seal, and submit application to your employer.
Después de completar, firme la Autorización, retire la cinta adhesiva de las páginas interiores, doble y cierre para sellar, y envíe la aplicación a su empleador.

Incomplete applications will be mailed back to you for completion. This may delay the effective date of your coverage.
Las solicitudes incompletas le serán enviadas de regreso para ser completadas.
Esto puede ocasionar el retraso de la fecha de vigencia de su cobertura.