



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

Todos los cambios deben recibirse dentro de los 31 días después de la fecha en que empieza a tener validez el cambio. Este formulario no puede usarse para cambiar de médico de atención primaria; para eso, el suscriptor debe llamar al número de teléfono de Servicio para Miembros que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Identificación del empleado (se debe completar esta sección)

Form with fields: N.º de identificación del suscriptor, Número de Seguro Social, N.º de grupo, Número de teléfono celular, Número de teléfono fijo, Apellido, Primer nombre, Inicial del 2.º nombre, Dirección del hogar: Ciudad, Estado, Código postal, Nombre del empleador/grupo, Dirección electrónica

Cambios

Nota: Si transfiere la cobertura a HMO, POS o DHMO, complete la Sección A.

[] Sí [] No ¿Es un cambio o una corrección de la dirección?

[] Sí [] No ¿El cambio o la corrección de la dirección es para un dependiente? (Nota: Si contesta "No", la dirección del dependiente será igual a la del suscriptor).

Si contesta "Sí", indique el nombre del dependiente y la nueva dirección:

[] Corregir mi número de Seguro Social de esta manera: (Se debe incluir una copia de la tarjeta del Seguro Social, una identificación con foto, una carta de verificación de la oficina del Seguro Social y una declaración escrita del motivo por el que el empleado pide el cambio).

[] Este es un cambio hecho durante la inscripción abierta.

[] Transferir/agregar mi cobertura de salud a: Access+ HMO, Access+ HMO SaveNet, Local Access+ HMO, Trio HMO, Full PPO, Active Choice Plus, Active Choice Classic, Full PPO Savings, Tandem PPO, Tandem PPO Savings, Added Advantage POS, Virtual Blue

[] Transferir mi cobertura de beneficios de un plan de salud asociado a cuentas (ABHP, por sus siglas en inglés) a:

Para Access+ HMO, Access+ HMO SaveNet, Local Access+ HMO, Trio HMO, Full PPO, Active Choice Plus, Active Choice Classic: HRA, HIA, FSA
Para Full PPO Savings, Tandem PPO, Tandem PPO Savings, Added Advantage POS, Virtual Blue: HSA, HRA, HIA, FSA, LPFSA

[] Transferir mi cobertura de beneficios dentales a:

[] DHMO [] DPPO [] DINO

[] Transferir mi cobertura de beneficios de la vista del plan (nombre) al plan (nombre)

Cambiar la cantidad de la cobertura del seguro de vida grupal temporal básico o del seguro de vida suplementario y el seguro por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés) suplementario: (indique la cantidad anterior de la cobertura y la nueva cantidad de la cobertura)
Cantidad anterior de la cobertura del seguro de vida grupal temporal básico: \$ _____
Nueva cantidad de la cobertura: \$ _____
Cantidad anterior de la cobertura del seguro de vida suplementario y/o del seguro AD&D suplementario:
\$ _____
Nueva cantidad de la cobertura: \$ _____
Cualquier aumento que se haga se debe aprobar a través de una Evidencia de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés).

Corregir o cambiar el nombre de esta manera: _____

Corregir o cambiar la dirección electrónica de esta manera: _____

Corregir o cambiar mi fecha de nacimiento de esta manera: de: _____ a: _____

Cambios o comentarios adicionales: _____

Cancelación del suscriptor: Renuncio a la cobertura del plan de salud para mí (y mis dependientes, si los hubiera) desde el: _____

Marque esta casilla si usted es participante de COBRA.

Situación calificante: _____

Fecha de comienzo de la situación calificante indicada: _____

¿Es una cancelación? Si contesta "Sí", indique el o los nombres: _____

Cambios en la cobertura del cónyuge, de la pareja doméstica o de uno o más hijos dependientes

Para agregar un cónyuge, una pareja doméstica o uno o más hijos dependientes, complete la sección A.

Fecha de comienzo pedida para las incorporaciones: _____

Si agrega un cónyuge, indique la fecha de matrimonio: _____

Si agrega una pareja doméstica, indique la fecha de comienzo del acuerdo de convivencia en pareja: _____

Si obtuvo la custodia o la cobertura por orden judicial, indique la fecha e incluya una copia de los documentos legales: _____

En caso de adopción, indique la fecha de adopción o de acogida con fines adoptivos, e incluya una copia de los documentos legales: _____

Dependiente discapacitado mayor de 25 años (incluya el formulario "Declaración de discapacidad para hijos dependientes que superan el límite de edad" [C3674] o la confirmación de que su aseguradora de salud actual brinda cobertura para este dependiente discapacitado).

Cambiar la cantidad de la cobertura del seguro de vida grupal temporal suplementario y del seguro AD&D del cónyuge o de la pareja doméstica (indique la cantidad anterior de la cobertura y la nueva cantidad de la cobertura). Cantidad anterior de la cobertura: \$ _____
Nueva cantidad de la cobertura: \$ _____ (sujeta a la EOI)

Cambiar la cantidad de la cobertura del seguro de vida grupal temporal suplementario y del seguro AD&D del hijo o los hijos dependientes (indique la cantidad anterior de la cobertura y la nueva cantidad de la cobertura). Cantidad anterior de la cobertura: \$ _____
Nueva cantidad de la cobertura: \$ _____ (sujeta a la EOI)

Para cancelar la cobertura de uno o más dependientes, complete la sección A. Fecha de comienzo pedida para la cancelación de la cobertura de dependientes: _____

Para cancelar la cobertura del cónyuge o de la pareja doméstica (elija el motivo de cancelación que corresponda e indique la fecha):

Divorcio o fin del acuerdo de convivencia en pareja: Fecha: _____

Muerte: Fecha: _____

Otro motivo (especifique): _____ Fecha: _____

Para cancelar la cobertura de hijos dependientes (elija el motivo de cancelación que corresponda e indique la fecha):

Muerte: Fecha: _____

Otro motivo (especifique): _____ Fecha: _____

Nota: Para los niños recién nacidos, adoptados o acogidos con fines adoptivos, debe presentarse una Solicitud de Cambio para Suscriptores completa dentro de los 31 días después de la fecha del nacimiento, la adopción o la acogida con fines adoptivos para agregarlos a su cobertura.

Asegúrese de enviar este formulario, ya que la página 5 contiene su firma, que es necesaria para procesar estos cambios.

Sección A

Complete esta sección si agrega o cancela su cobertura o la de sus dependientes. Brinde información del médico de atención primaria o del proveedor dental si el cambio corresponde a la cobertura HMO/POS/DHMO. Indique a qué beneficio corresponde el cambio:

Agregar	Cancelar	Datos personales			
<input type="checkbox"/> Cobertura dental	<input type="checkbox"/> Cobertura dental	Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Sexo
<input type="checkbox"/> Cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cobertura médica	Cuéntenos sobre usted. ¿Cómo describiría su raza o grupo étnico? Estas preguntas son opcionales y solo se usan para ayudar a garantizar que todos los miembros tengan el mismo acceso a la atención de la más alta calidad.			
<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	1. ¿Es usted de origen hispano o latino?	2. Si contesta "Sí", elija una opción:	3. ¿Con qué raza(s) se identifica? (elija una)	
<input type="checkbox"/> Vida básico/AD&D	<input type="checkbox"/> Vida básico/AD&D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicoestadounidense o chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> 2 o más grupos étnicos <input type="checkbox"/> Otro grupo étnico hispano, latino o español: _____	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> 2 o más razas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar
<input type="checkbox"/> Vida para depend.	<input type="checkbox"/> Vida para depend.	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Vida suplem.†	<input type="checkbox"/> Vida suplem.	Preferencia de idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Otro _____			
<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D†	<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D	Puesto/clasificación en el trabajo	Ingresos anuales (sin incluir bonificaciones, horas extras, etc.) \$ _____		
Si agrega un seguro de vida básico y AD&D, indique la cantidad pedida: \$ _____ Si agrega un seguro de vida suplementario y/o un seguro AD&D suplementario, indique la cantidad pedida: \$ _____. Se debe aprobar a través de una EOI. Si agrega un seguro de vida básico para dependientes, indique la cantidad pedida: \$ _____ (Nota: El cónyuge y todos los hijos estarán cubiertos por la misma cantidad del beneficio).					
		Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS Nombre del médico: _____ _____ N.º de proveedor: _____ _____ N.º del grupo médico/IPA: _____ _____	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo Dental HMO: proveedor dental Nombre del proveedor dental: _____ _____ N.º de proveedor dental: _____ _____	

Agregar		Cancelar		Datos del cónyuge/pareja doméstica			
<input type="checkbox"/> Cobertura dental	<input type="checkbox"/> Cobertura dental	Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Sexo		
<input type="checkbox"/> Cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cobertura médica	¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?					
<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
<input type="checkbox"/> Vida suplem.†	<input type="checkbox"/> Vida suplem.	Si agrega un seguro de vida suplementario y/o un seguro AD&D suplementario, indique la cantidad pedida: \$ _____ Se debe aprobar a través de una EOI.					
<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D†	<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D	Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS Nombre del médico: _____		¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo Dental HMO: proveedor dental Nombre del proveedor dental: _____		
		N.º de proveedor: _____			N.º de proveedor dental: _____		
		N.º del grupo médico/IPA: _____					
Agregar		Cancelar		Datos del hijo			
<input type="checkbox"/> Cobertura dental	<input type="checkbox"/> Cobertura dental	Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Sexo		
<input type="checkbox"/> Cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cobertura médica	¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?					
<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
<input type="checkbox"/> Vida suplem.†	<input type="checkbox"/> Vida suplem.	Si agrega un seguro de vida suplementario y/o un seguro AD&D suplementario, indique la cantidad: \$ _____ Se debe aprobar a través de una EOI. (Nota: Todos los hijos estarán cubiertos por la misma cantidad de la cobertura del seguro de vida suplementario y del seguro AD&D suplementario).					
<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D†	<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D	Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS Nombre del médico: _____		¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo Dental HMO: proveedor dental Nombre del proveedor dental: _____		
		N.º de proveedor: _____			N.º de proveedor dental: _____		
		N.º del grupo médico/IPA: _____					
Agregar		Cancelar		Datos del hijo			
<input type="checkbox"/> Cobertura dental	<input type="checkbox"/> Cobertura dental	Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Sexo		
<input type="checkbox"/> Cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cobertura médica	¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?					
<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
<input type="checkbox"/> Vida suplem.†	<input type="checkbox"/> Vida suplem.	Si agrega un seguro de vida suplementario y/o un seguro AD&D suplementario, indique la cantidad: \$ _____ Se debe aprobar a través de una EOI. (Nota: Todos los hijos estarán cubiertos por la misma cantidad de la cobertura del seguro de vida suplementario y del seguro AD&D suplementario).					
<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D†	<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D	Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS Nombre del médico: _____		¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo Dental HMO: proveedor dental Nombre del proveedor dental: _____		
		N.º de proveedor: _____			N.º de proveedor dental: _____		
		N.º del grupo médico/IPA: _____					

Agregar	Cancelar	Datos del hijo			
<input type="checkbox"/> Cobertura dental	<input type="checkbox"/> Cobertura dental	Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Sexo
<input type="checkbox"/> Cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cobertura médica	¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?			
<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Vida suplem.†	<input type="checkbox"/> Vida suplem.	Si agrega un seguro de vida suplementario y/o un seguro AD&D suplementario, indique la cantidad: \$ _____. Se debe aprobar a través de una EOI. (Nota: Todos los hijos estarán cubiertos por la misma cantidad de la cobertura del seguro de vida suplementario y del seguro AD&D suplementario).			
<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D†	<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D	Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS Nombre del médico: _____ N.º de proveedor: _____ N.º del grupo médico/IPA: _____	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo Dental HMO: proveedor dental Nombre del proveedor dental: _____ N.º de proveedor dental: _____	

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

Toda la información que he brindado en este formulario es exacta y está completa. Entiendo que este formulario, junto con cualquier otro formulario de inscripción anterior, la *Evidencia de Cobertura/Certificado de Seguro* y el Acuerdo de Servicios de Salud/póliza, así como todas las garantías y anexos que correspondan a estos documentos, forman en conjunto el acuerdo de cobertura completo. Si un agente o corredor de seguros intencionalmente declara como verdadero cualquier hecho fundamental que sabe que es falso, esa persona estará sujeta a una multa civil de hasta diez mil dólares (\$10,000), además de cualquier sanción o determinación disponible que corresponda de acuerdo con la ley actual. Cualquier fiscal puede presentar un proceso civil para imponer una multa civil. Estas multas se deben pagar al Insurance Fund (Fondo del Seguro).

Firma del empleado _____ Fecha _____

Si envía este formulario por fax, guarde este documento.

Para su protección, la ley de California exige que en este formulario aparezca lo siguiente:

Toda persona que brinde deliberadamente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para presentar una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y al encarcelamiento en una prisión estatal.

Blue Shield of California/Blue Shield Life protege la confidencialidad y la privacidad de su información personal. La información personal y sobre la salud puede incluir información médica e información que lo identifica individualmente, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. No revelaremos esta información, salvo en la medida en que la ley lo permita.

Asegúrese de enviar este formulario, ya que la página 5 contiene su firma, que es necesaria para procesar estos cambios.

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

† Para el seguro de vida suplementario, debe presentarse el formulario de Evidencia de Asegurabilidad. Se debe recibir la aprobación para cualquier cobertura de seguro de vida suplementario que se agregue. La fecha de comienzo de la cobertura será el primer día del mes después de la aprobación.



NOTICES AVAILABLE ONLINE

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。