



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 siguientes a la fecha en que empieza a tener validez el cambio. Este formulario no puede usarse para cambiar de médico de atención primaria; para ello, 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 particular/ciudad, Estado, Código postal, Nombre del empleador/grupo, Dirección electrónica.

Cambios

Form with multiple checkboxes and text fields for changes: ¿Es un cambio o una corrección de la dirección?, ¿El cambio o la corrección de la dirección corresponde a un dependiente?, Corregir mi número de Seguro Social, Este es un cambio hecho durante la inscripción abierta, Transferir/agregar mi cobertura de salud a: Access+ HMO, Trio HMO, Full PPO, Active Choice, etc., Transferir mi cobertura de beneficios de un plan de salud asociado a cuentas (ABHP), Transferir mi cobertura de beneficios especializados a: DHMO, DPPO, DINO, Cambiar la cantidad de la cobertura del seguro de vida grupal temporal básico, 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, Cambios o comentarios adicionales, Cancelación del suscriptor, Participante de COBRA, Circunstancia habilitante, Fecha de comienzo de la circunstancia habilitante, ¿Es una cancelación? Si su respuesta es "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 solicitada para las adiciones: _____

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

Dependiente discapacitado mayor de 25 años (adjunte el formulario de 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: \$ _____

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

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

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

Muerte: Fecha: _____

Otro motivo (especifíquelo): _____ Fecha: _____

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

Muerte: Fecha: _____ Otro motivo (especifíquelo) _____ 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 siguientes a 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 tercera página 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 el beneficio al que corresponde el cambio:

Agregar	Cancelar	Datos personales				
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida básico/ AD&D <input type="checkbox"/> Vida para dependientes <input type="checkbox"/> Vida supl.† <input type="checkbox"/> Vida supl./AD&D†	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida básico/ AD&D <input type="checkbox"/> Vida para dependientes <input type="checkbox"/> Vida supl. <input type="checkbox"/> Vida supl./AD&D	Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Sexo	
		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.				
		1. ¿Es usted de origen hispano o latino?	2. Si contesta "Sí", elija una opción:	3. ¿Con qué raza(s) se identifica? (elijá una)		
		<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, mexicanoestadounidense 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	
		Número de Seguro Social: _____		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____		
		Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Otro _____				
		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 solicitada: \$ _____ Si agrega un seguro de vida suplementario y/o un seguro AD&D suplementario, indique la cantidad solicitada: \$ _____ Si agrega un seguro de vida para dependientes, indique la cantidad solicitada: \$ _____ (Nota: El cónyuge y todos los hijos estarán cubiertos por la misma cantidad del beneficio)				
		Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS		¿Paciente actual?	Solo Dental HMO: proveedor dental	
		Nombre del médico: _____ N.º de proveedor: _____ N.º de IPA/grupo médico: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor dental: _____ N.º de proveedor dental: _____	
Agregar	Cancelar	Cónyuge/pareja doméstica				
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida supl.† <input type="checkbox"/> Vida supl./AD&D†	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida supl. <input type="checkbox"/> Vida supl./AD&D	Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Sexo	
		¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?				
		Número de Seguro Social: _____		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____		
		Si agrega un seguro de vida suplementario y/o un seguro AD&D suplementario, indique la cantidad solicitada: \$ _____				
		Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS		¿Paciente actual?	Solo Dental HMO: proveedor dental	
Nombre del médico: _____ N.º de proveedor: _____ N.º de IPA/grupo médico: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor dental: _____ N.º de proveedor dental: _____			

Agregar	Cancelar	Datos del hijo				
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida supl.† <input type="checkbox"/> Vida supl./AD&D†	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida supl. <input type="checkbox"/> Vida supl./AD&D	Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Sexo	
		¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?				
		Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____		
		Si agrega un seguro de vida suplementario y/o un seguro AD&D suplementario, indique la cantidad: \$ _____ (\$5,000 o \$10,000) (Nota: Todos los hijos estarán cubiertos por la misma cantidad de la cobertura del seguro de vida suplementario y del seguro AD&D suplementario).				
		Si agrega un seguro de vida para dependientes, indique la cantidad solicitada: \$ _____ (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 de IPA/grupo médico: _____		¿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 hijo				
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida supl.† <input type="checkbox"/> Vida supl./AD&D†	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida supl. <input type="checkbox"/> Vida supl./AD&D	Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Sexo	
		¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?				
		Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____		
		Si agrega un seguro de vida suplementario y/o un seguro AD&D suplementario, indique la cantidad: \$ _____ (\$5,000 o \$10,000) (Nota: Todos los hijos estarán cubiertos por la misma cantidad de la cobertura del seguro de vida suplementario y del seguro AD&D suplementario).				
		Si agrega un seguro de vida para dependientes, indique la cantidad solicitada: \$ _____ (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 de IPA/grupo médico: _____		¿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 hijo				
<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida supl.† <input type="checkbox"/> Vida supl./AD&D†	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida supl. <input type="checkbox"/> Vida supl./AD&D	Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Sexo	
		¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este miembro?				
		Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____		
		Si agrega un seguro de vida suplementario y/o un seguro AD&D suplementario, indique la cantidad: \$ _____ (\$5,000 o \$10,000) (Nota: Todos los hijos estarán cubiertos por la misma cantidad de la cobertura del seguro de vida suplementario y del seguro AD&D suplementario).				
		Si agrega un seguro de vida para dependientes, indique la cantidad solicitada: \$ _____ (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 de IPA/grupo médico: _____		¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo Dental HMO: proveedor dental Nombre del proveedor dental: _____ N.º de proveedor dental: _____			

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 previo, la Evidencia de Cobertura/Certificado de Seguro y el Acuerdo de Servicios de Salud/póliza, así como todas las garantías y anexos que correspondan a estos documentos, forman en conjunto el acuerdo de cobertura completo.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Si envía este formulario por fax, guarde este documento.

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, excepto en la medida en que la ley lo permita.

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

* Asegurado 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.

Revelación: documento traducido

Tenga en cuenta que la versión en inglés es la versión oficial del documento y se adjunta a modo de referencia. Esta versión en otro idioma es únicamente para fines informativos.

Disclosure: Translated Document

Please note the English language version is the official version of the document, and is attached for reference. This foreign language version is for informational purposes only.



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)**。