



# Solicitud de Cambio para Suscriptores

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 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)

N.º de identificación del suscriptor (en la tarjeta de identificación)	N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente	N.º de grupo (en la tarjeta de identificación)
Número de teléfono celular	Número de teléfono fijo	
Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º
Dirección del hogar: Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del empleador/grupo (si corresponde)	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 se considerará 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 adjuntar 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 cual el empleado pide el cambio).

Este es un cambio hecho durante la inscripción abierta.  Este es un cambio hecho durante la inscripción especial.

Transferir/agregar mi cobertura de salud a:

Access+ HMO® \_\_\_\_\_

Access+ HMO® SaveNet<sup>SM</sup> \_\_\_\_\_  Local Access+ HMO \_\_\_\_\_  Trio HMO \_\_\_\_\_

Full PPO \_\_\_\_\_  Active Choice® Plus \_\_\_\_\_  Active Choice® Classic \_\_\_\_\_

Full PPO Savings \_\_\_\_\_  Tandem PPO \_\_\_\_\_  Tandem PPO Savings \_\_\_\_\_

Added Advantage POS<sup>SM</sup> \_\_\_\_\_  Virtual Blue<sup>SM</sup> \_\_\_\_\_

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

Para Access+ HMO®:  HRA  HIA  FSA

Para Access+ HMO® SaveNet<sup>SM</sup>:  HRA  HIA  FSA

Para Local Access+ HMO:  HRA  HIA  FSA

Para Trio HMO:  HRA  HIA  FSA

Para Full PPO:  HRA  HIA  FSA

Para Active Choice® Plus:  HRA  HIA  FSA

Para Active Choice® Classic:  HRA  HIA  FSA

Para Full PPO Savings:  HSA  HRA  HIA

Para Tandem PPO:  HRA  HIA  FSA

Para Tandem PPO Savings:  HSA  HRA  HIA

Para Added Advantage POS<sup>SM</sup>:  HRA  HIA  FSA

Para Virtual Blue<sup>SM</sup>:  HRA  HIA  FSA

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 suplementario por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés)\* (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 con discapacidad 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 con discapacidad).

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: Los beneficios para los hijos recién nacidos o adoptados empiezan a tener validez a partir del nacimiento o del momento en que el niño queda bajo la custodia física de la persona asegurada, del cónyuge o de la pareja doméstica. Esta cobertura automática e incondicional se extiende durante 31 días después del nacimiento, la adopción o la acogida. Los pedidos para agregar un hijo a su cobertura deben presentarse dentro de los 31 días después de la fecha del nacimiento, la adopción o la acogida con fines adoptivos para continuar la cobertura después de 31 días.

**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	Sexo
<input type="checkbox"/> Cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cobertura médica	N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente:		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	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 básico/AD&D	<input type="checkbox"/> Vida básico/AD&D	Puesto/clasificación en el trabajo	Ingresos anuales (sin incluir bonificaciones, horas extras, etc.) \$ _____		
<input type="checkbox"/> Vida para depend.	<input type="checkbox"/> Vida para depend.	Si agrega un seguro de vida básico y AD&D, indique la cantidad pedida: \$ _____			
<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	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).			
		<b>Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS</b> Nombre del médico: _____ N.º de proveedor: _____ N.º del grupo médico/asociación de práctica independiente (IPA, por sus siglas en inglés): _____	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Solo Dental HMO: proveedor dental</b> Nombre del proveedor dental: _____ N.º de proveedor dental: _____	

Agregar		Cancelar		Cónyuge/pareja doméstica			
<input type="checkbox"/> Cobertura dental	<input type="checkbox"/> Cobertura dental	Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º	Sexo		
<input type="checkbox"/> Cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cobertura médica	N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente:		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	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.†	<input type="checkbox"/> Vida suplem.	<b>Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS</b> Nombre del médico: _____		¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Solo Dental HMO: proveedor dental</b> Nombre del proveedor dental: _____		
<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D†	<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D	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	Sexo		
<input type="checkbox"/> Cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cobertura médica	N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente:		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	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.†	<input type="checkbox"/> Vida suplem.	<b>Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS</b> Nombre del médico: _____		¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Solo Dental HMO: proveedor dental</b> Nombre del proveedor dental: _____		
<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D†	<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D	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	Sexo		
<input type="checkbox"/> Cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cobertura médica	N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente:		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	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.†	<input type="checkbox"/> Vida suplem.	<b>Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS</b> Nombre del médico: _____		¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Solo Dental HMO: proveedor dental</b> Nombre del proveedor dental: _____		
<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D†	<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D	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	Sexo		
<input type="checkbox"/> Cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cobertura médica	N.º de Seguro Social o N.º de Identificación del Contribuyente:		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	<input type="checkbox"/> Cobertura de la vista	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.†	<input type="checkbox"/> Vida suplem.	<b>Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS</b>	¿Es paciente actual?	<b>Solo Dental HMO: proveedor dental</b>			
<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D†	<input type="checkbox"/> Vida suplem./AD&D	Nombre del médico:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor dental:			
		N.º de proveedor:		N.º de proveedor dental:			
		N.º del grupo médico/IPA:					

**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.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Si envía este formulario por fax, guarde este documento para sus registros.**

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

Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión 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 y 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.**

\* Asegurada 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.