



Solicitud de Continuación de la Cobertura de COBRA
**Blue Shield of California y
 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company**

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.

Información del empleado

Apellido		Primer nombre	Inicial del 2.º
N.º de Seguro Social	N.º de ident. de Blue Shield	N.º de grupo/sección (revise su tarjeta de ident. de Blue Shield)	
Fecha de la situación calificante:	Fecha de comienzo de COBRA:	Último día trabajado:	

Situación calificante (marque una)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fin del empleo o reducción de horas del empleado cubierto | <input type="checkbox"/> Inhabilitación de un hijo dependiente cubierto por el plan |
| <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal del empleado cubierto | <input type="checkbox"/> Fin del empleo o reducción de horas por discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Derecho a beneficios de Medicare por parte del empleado cubierto | <input type="checkbox"/> Muerte del empleado cubierto |

El miembro cubierto que califica para COBRA debe completar esta sección:

N.º de Seguro Social	N.º de ident. de Blue Shield	
Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono		
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Casado(a): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cuéntenos sobre usted. ¿Cómo describiría su raza o grupo étnico? Elija todo lo que corresponda. 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	2. Si contestó "Sí", elija todo lo que corresponda: <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"/> Otro origen hispano, latino o español:
--	---

3. ¿Con qué raza(s) se identifica? (Elija todo lo que corresponda).

<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"/> Guameño o chamorro
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<input type="checkbox"/> No sé

Si es un plan HMO/POS, indique el nombre de su médico de atención primaria:

Nombre del grupo médico/asociación de práctica independiente (IPA, por sus siglas en inglés):	N.º de teléfono
---	-----------------

Indique la cobertura actual que desea mantener:

- Elección de plan médico: _____ Elección de plan dental: _____
 Cobertura de la vista: _____

Firma del miembro que califica

Fecha

A continuación, indique todos los dependientes elegibles para la cobertura

Solo los dependientes inscritos previamente en el plan grupal son elegibles para la cobertura de COBRA. Para agregar dependientes que no estaban inscritos previamente en su cobertura del plan grupal, vea su folleto de *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) o de *Certificado de Seguro* (COL, por sus siglas en inglés) para conocer las disposiciones correspondientes.

Relación	Apellido	Primer nombre	Fecha de nac.:
¿Tiene otra cobertura de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es un plan HMO/POS , nombre del médico de atención primaria: Nombre/n.º del grupo médico/IPA:		N.º de Seguro Social:

Cuéntenos sobre usted. ¿Cómo describiría su raza o grupo étnico? Elija todo lo que corresponda. 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	2. Si contestó "Sí", elija todo lo que corresponda: <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"/> Otro origen hispano, latino o español:
--	---

3. ¿Con qué raza(s) se identifica? (Elija todo lo que corresponda).		
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Blanco		

Relación	Apellido	Primer nombre	Fecha de nac.:
¿Tiene otra cobertura de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es un plan HMO/POS , nombre del médico de atención primaria: Nombre/n.º del grupo médico/IPA:		N.º de Seguro Social:

Cuéntenos sobre usted. ¿Cómo describiría su raza o grupo étnico? Elija todo lo que corresponda. 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	2. Si contestó "Sí", elija todo lo que corresponda: <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"/> Otro origen hispano, latino o español:
--	---

3. ¿Con qué raza(s) se identifica? (Elija todo lo que corresponda).		
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Blanco		

Relación	Apellido	Primer nombre	Fecha de nac.:
¿Tiene otra cobertura de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es un plan HMO/POS , nombre del médico de atención primaria: Nombre/n.º del grupo médico/IPA:		N.º de Seguro Social:

Cuéntenos sobre usted. ¿Cómo describiría su raza o grupo étnico? Elija todo lo que corresponda. 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	2. Si contestó "Sí", elija todo lo que corresponda: <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"/> Otro origen hispano, latino o español:
--	---

3. ¿Con qué raza(s) se identifica? (Elija todo lo que corresponda).		
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Blanco		

Envíe el formulario completo a la siguiente dirección que corresponda según el tamaño del grupo:

Para grupos de empleadores con menos de 100 empleados:

Envíe el formulario completo por correo electrónico o correo postal a:

small.group@blueshieldca.com
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-1912
Fax: (855) 808-8598

Para grupos de empleadores con 100 empleados o más:

Envíe el formulario completo por correo postal a:

Blue Shield of California
P.O. Box 629014
El Dorado Hills, CA 95762-9014
Fax: (916) 350-8800