



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 sections for changes: Is this a change or correction of address? Is the change/correction of address for a dependent? Correct my Social Security number... Transfer my health coverage... Transfer my benefits... Change life insurance coverage... Correct or change name... Correct or change electronic address... Correct or change date of birth... Additional changes or comments... Cancellation of subscriber... Circumstance enabling... Is this a cancellation?

# 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 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	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 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: _____			

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.

# Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

## Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

### La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company cumple con las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California Life & Health Insurance Company no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield Life:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield Life.

Si cree que Blue Shield Life no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede hacer un reclamo en:

**Blue Shield of California Life & Health Insurance Company Civil Rights Coordinator**  
P.O. Box 629007  
El Dorado Hills, CA 95762-9007

**Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)**

**Fax: (844) 696-6070**

**Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com**

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición.

También puede comunicarse con el California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California) si cree que Blue Shield of California Life & Health Insurance Company no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Además, puede hacer un reclamo en:

California Department of Insurance  
Consumer Communications Bureau  
300 S. Spring Street, South Tower  
Los Angeles, CA 90013

Teléfono: 1-800-927-HELP (4357) or TDD 1-800-482-4833

Los formularios de quejas están disponibles en **[www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help](http://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help)**

Si cree que no le han dado estos servicios o que lo han discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de dicha oficina, que está disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en **[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.

# Notice of the Availability of Language Assistance Services

## Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

**No Cost Language Services.** You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

**Servicios de idiomas sin costo.** Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

**免費語言服務。** 您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

**Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí.** Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

**Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika.** Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

**Անվճար Լեզվական Ծառայություններ:** Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

**Бесплатные услуги перевода.** Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

**無料の言語サービス** 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

**خدمات مجانی مربوط به زبان.** میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

**ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ:** ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

**សេវាកម្មភាសាភូមិភាគខ្មែរ៖** អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

**خدمات ترجمة بدون تكلفة.** يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357. Arabic

**Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi.** Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากล่าม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

**Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'.** Díí shá ata'halne'dooígí hólóq̄doo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolnít nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodiílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodiílnih. Hózhó shíká aná'a'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áah naa'nil bił haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodiílnih. Navajo

**ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.** ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ1-800-927-4357. Laotian