

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

Información del empleado

Apellido		Nombre	Inicial del segundo nombre
Número de Seguro Social	Número de identificación de Blue Shield	Número de grupo/sección (Verifique su tarjeta de identificación de Blue Shield)	
Fecha de la circunstancia habilitante: ____/____/____		Fecha de entrada en vigor de COBRA: ____/____/____	

Circunstancia habilitante (seleccione una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancelación o reducción de horas del empleado cubierto | <input type="checkbox"/> Inhabilitación del niño dependiente del plan |
| <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal del empleado cubierto | <input type="checkbox"/> Cancelación o reducción de horas por discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Derecho del empleado cubierto a recibir los beneficios de Medicare | <input type="checkbox"/> Muerte del empleado cubierto |

El miembro cubierto que reúna los requisitos para acceder a COBRA debe completar esta sección:

Número de Seguro Social		Número de identificación de Blue Shield	
Apellido		Nombre	Inicial del segundo nombre
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono			
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Casado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

En el caso de los planes HMO/POS, indique el nombre de su Médico Personal:

Nombre del Grupo Médico/IPA:	Número de teléfono
------------------------------	--------------------

Indique la cobertura existente que desea continuar:

- Elección del Plan Médico: _____ Elección del Plan Dental: _____
- De la vista: _____

Firma del miembro que reúne los requisitos

Fecha

A continuación, enumere todos los dependientes que cumplen con los requisitos para acceder a la cobertura.

Solo aquellos dependientes previamente inscritos en el plan grupal reúnen los requisitos para acceder a la cobertura de COBRA. Si desea agregar dependientes que no estaban previamente inscritos en su cobertura de plan grupal, consulte el folleto *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) o el *Certificado de Seguro* (COI, por sus siglas en inglés) para obtener información sobre las disposiciones correspondientes.

Vínculo	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento: ____/____/____
¿Tiene otra cobertura de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En el caso de un plan HMO, indique el nombre del médico:		Número de Seguro Social:
Vínculo	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento: ____/____/____
¿Tiene otra cobertura de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En el caso de un plan HMO, indique el nombre del médico:		Número de Seguro Social:
Vínculo	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento: ____/____/____
¿Tiene otra cobertura de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En el caso de un plan HMO, indique el nombre del médico:		Número de Seguro Social:

Envíe el formulario completo a la dirección correspondiente que aparece a continuación según el tamaño del grupo:

Para grupos de empleadores con menos de 50 empleados:

Envíe por correo el formulario completo a:
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-1912
Fax: (209) 367-6475

Para grupos de empleadores con más de 50 empleados:

Envíe por correo el formulario completo a:
Blue Shield of California
P.O. Box 629014
El Dorado Hills, CA 95762-9014
Fax: (916) 350-8800