



Pedido 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", escriba 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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Access+ HMO® _____ | <input type="checkbox"/> Local Access+ HMO _____ |
| <input type="checkbox"/> Trio HMO _____ | <input type="checkbox"/> Full PPO _____ |
| <input type="checkbox"/> Active Choice® Plus _____ | <input type="checkbox"/> Active Choice® Classic _____ |
| <input type="checkbox"/> Full PPO Savings _____ | <input type="checkbox"/> Tandem PPO _____ |
| <input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings _____ | <input type="checkbox"/> Added Advantage POS SM _____ |
| <input type="checkbox"/> Virtual Blue SM _____ | |

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

- | | |
|---|---|
| Para Access+ HMO®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA | Para Full PPO Savings: <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA |
| Para Local Access+ HMO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> LPFSA |
| Para Trio HMO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA | Para Tandem PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA |
| Para Full PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA | Para Tandem PPO Savings: <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA |
| Para Active Choice® Plus: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> LPFSA |
| Para Active Choice® Classic: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA | Para Added Advantage POS SM : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA |
| | Para Virtual Blue SM : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA |

Transferir mi cobertura de beneficios dentales a:

DHMO _____ DPPO _____ DINO _____

Transferir mi cobertura de beneficios de la vista del plan (nombre) _____ al plan _____

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)* (escriba 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 hay) 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", escriba 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, escriba la fecha de matrimonio: _____

Si agrega una pareja doméstica, escriba la fecha de comienzo del acuerdo de convivencia en pareja: _____

Si obtuvo la custodia o la cobertura por orden judicial, escriba la fecha e incluya una copia de los documentos legales: _____

En caso de adopción, escriba la fecha de adopción o de acogida con fines adoptivos, e incluya una copia de los documentos legales: _____

Dependiente con discapacidad mayor de 26 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 (escriba 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 (escriba 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 y escriba 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 y escriba 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. Detalle 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, escriba 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, escriba 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, escriba la cantidad pedida: \$ _____. (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 del grupo médico/asociación de práctica independiente (IPA, por sus siglas en inglés): _____ | ¿Es 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"/> 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, escriba la cantidad pedida: \$ _____ Se debe aprobar a través de una EOI. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Vida suplem.† | <input type="checkbox"/> Vida suplem. | Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS Nombre del médico: | | ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Solo Dental HMO: proveedor dental 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, escriba 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. | Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS Nombre del médico: | | ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Solo Dental HMO: proveedor dental 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, escriba 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. | Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS Nombre del médico: | | ¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Solo Dental HMO: proveedor dental 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, escriba 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. | Nombre del médico de atención primaria de HMO/POS | ¿Es paciente actual? | Solo Dental HMO: proveedor dental | | | |
| <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 le 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.