



**SECCIÓN A**

FAVOR DE VERIFICAR EL CAMBIO DE BENEFICIO QUE CORRESPONDA:

COMPLETE ESTA SECCIÓN SÓLO SI SE ESTÁ TRANSFIRIENDO A UNA HMO, POS Y/O PLAN(ES) DENTAL HMO

D = DENTAL o M = MÉDICO

AGREGAR D M		CANCELAR D M		<b>YO</b>					
				APELLIDO	NOMBRE	IN.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO - MES DÍA AÑO	
				<b>HMO/POS NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL</b> NOMBRE DEL DR.: _____ # DEL PROV. _____ # DE IPA/MG _____		PACIENTE ACTUAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>SÓLO DENTAL HMO – PROVEEDOR DENTAL</b> NOMBRE DEL PROVEEDOR DENTAL: _____ # DEL PROVEEDOR DENTAL: _____		
AGREGAR D M		CANCELAR D M		<b>CÓNYUGE/COMPAÑERO DOMÉSTICO</b>					
				APELLIDO	NOMBRE	IN.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO - MES DÍA AÑO	
				<b>HMO/POS NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL</b> NOMBRE DEL DR.: _____ # DEL PROV. _____ # DE IPA/MG _____		PACIENTE ACTUAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>SÓLO DENTAL HMO – PROVEEDOR DENTAL</b> NOMBRE DEL PROVEEDOR DENTAL: _____ # DEL PROVEEDOR DENTAL: _____		
AGREGAR D M		CANCELAR D M		<b>HIJO</b>					
				APELLIDO	NOMBRE	IN.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO - MES DÍA AÑO	¿ESTE DEPENDIENTE ES UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO?
				<b>HMO/POS NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL</b> NOMBRE DEL DR.: _____ # DEL PROV. _____ # DE IPA/MG _____		PACIENTE ACTUAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>SÓLO DENTAL HMO – PROVEEDOR DENTAL</b> NOMBRE DEL PROVEEDOR DENTAL: _____ # DEL PROVEEDOR DENTAL: _____		
AGREGAR D M		CANCELAR D M		<b>HIJO</b>					
				APELLIDO	NOMBRE	IN.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO - MES DÍA AÑO	¿ESTE DEPENDIENTE ES UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO?
				<b>HMO/POS NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL</b> NOMBRE DEL DR.: _____ # DEL PROV. _____ # DE IPA/MG _____		PACIENTE ACTUAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>SÓLO DENTAL HMO – PROVEEDOR DENTAL</b> NOMBRE DEL PROVEEDOR DENTAL: _____ # DEL PROVEEDOR DENTAL: _____		
AGREGAR D M		CANCELAR D M		<b>HIJO</b>					
				APELLIDO	NOMBRE	IN.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO - MES DÍA AÑO	¿ESTE DEPENDIENTE ES UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO?
				<b>HMO/POS NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL</b> NOMBRE DEL DR.: _____ # DEL PROV. _____ # DE IPA/MG _____		PACIENTE ACTUAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>SÓLO DENTAL HMO – PROVEEDOR DENTAL</b> NOMBRE DEL PROVEEDOR DENTAL: _____ # DEL PROVEEDOR DENTAL: _____		

**VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR PARA COBERTURA GRUPAL:**

EL EMPLEADOR DEBE FIRMAR CUALQUIER CAMBIO DE NOMBRE DEL SUSCRIPTOR, CANCELACIÓN DEL SUSCRIPTOR, ADICIÓN/CANCELACIÓN O TRANSFERENCIA DEL DEPENDIENTE A UN NÚMERO DE GRUPO O A UNA UNIDAD/SECCIÓN DE FACTURACIÓN DISTINTOS.

**FIRMA DEL EMPLEADOR** \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**FIRMA DEL EMPLEADO** \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Toda la información que he proporcionado en este formulario es verídica y completa. Entiendo que este formulario, junto con cualquier formulario anterior de inscripción, el certificado de la evidencia de cobertura y el acuerdo/póliza de servicio de salud, así como cualquier endoso y anexo a los mismos, constituyen conjuntamente la totalidad del acuerdo para la cobertura

**SI MANDA EL PRESENTE FORMULARIO VÍA FAX, GUARDE ESTE DOCUMENTO EN SUS ARCHIVOS. mylifepath.com**

® Marca registrada de la Asociación Blue Shield, una Asociación de Planes Independientes de Blue Shield. Blue Shield of California/Blue Shield Life protege la confidencialidad y privacidad de su información personal y de la salud. La información personal y de la salud incluye la información médica y la información personal identificable, tales como su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguro Social. Nosotros no revelaremos esta información, excepto en la medida en que la ley lo permita.

\*Asegurado por Blue Shield of California Life &amp; Health Insurance Company (Blue Shield Life).

FAVOR DE DEVOLVER TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO, YA QUE LA ÚLTIMA PÁGINA CONTIENE SU FIRMA, LA CUAL ES NECESARIA PARA PROCESAR ESTOS CAMBIOS.