

Solicitud de Cambios para Suscriptores de Grupos Pequeños Blue Shield of California y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company



Todos los cambios deben recibirse dentro de los 31 días de haber entrado en vigor. Este formulario no puede utilizarse para cambiar de médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés); para ello, el suscriptor debe comunicarse directamente con el plan al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Identificación del empleado: sección obligatoria.

Número de identificación del suscriptor (extraído de la tarjeta)		Número de grupo (extraído de la tarjeta)
Número de teléfono laboral ()	Número de teléfono particular ()	
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo
Dirección particular		
Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del grupo/empleador:		Dirección de correo electrónico

Cambios

☐ Sí ☐ No ¿Cambia o corrige la dirección?

☐ Sí ☐ No ¿Cambia o corrige la dirección de un dependiente?

De ser así, indique el nombre del dependiente y el cambio de dirección: _____

☐ Fecha de vigencia solicitada: ____/____/____

☐ Sí ☐ No Corregir o cambiar la dirección de correo electrónico de acuerdo con la siguiente:

☐ Corregir mi número de Seguro Social de acuerdo con el siguiente: ____ - ____ - ____
(Debe adjuntar una copia de la tarjeta del Seguro Social y de un documento de identificación con foto, una carta de verificación emitida por la oficina del Seguro Social y una declaración escrita que indique el motivo por el cual el empleado solicita el cambio).

☐ Transferir o agregar mi cobertura a: ☐ HMO ☐ PPO ☐ POS ☐ Active ChoiceSM*
☐ Shield SavingsSM ☐ DHMO dental ☐ DPPO dental ☐ Vista ☐ Seguro de vida¹

Del Grupo N.º _____ al Grupo N.º _____ en el grupo de mi empleador.

Nota: Si transfiere la cobertura a un plan HMO, POS o DHMO, complete la Sección A de la página 2.

☐ Corregir o cambiar mi nombre de acuerdo con el siguiente:

☐ Corregir o cambiar mi fecha de nacimiento de: ____/____/____ a: ____/____/____

☐ Cambios o comentarios adicionales: _____

☐ Participante de la Ley de Conciliación de Presupuesto Consolidado (COBRA, por sus siglas en inglés)

☐ Circunstancia habilitante y fecha _____

Cambios en la cobertura de los dependientes

Agregado de dependiente(s). Complete la Sección A

Fecha de vigencia solicitada para el agregado de dependientes: ____/____/____

☐ Si agrega a su cónyuge, indique la fecha de matrimonio: ____/____/____

☐ Si agrega a su pareja conviviente (*domestic partner*), indique la fecha en que iniciaron su acuerdo de convivencia en pareja: ____/____/____

☐ Si agrega a un recién nacido, indique la fecha de nacimiento: ____/____/____

☐ Si el tribunal le ordenó la tutela, indique la fecha y adjunte una copia de los documentos legales: ____/____/____

☐ Si hubo adopción, indique la fecha de la adopción o de la acogida con fines adoptivos y adjunte una copia de los documentos legales: ____/____/____

Eliminación de dependiente(s)

Fecha de vigencia solicitada para las eliminaciones: ____/____/____

☐ Si elimina la cobertura de su cónyuge, indique la fecha de divorcio: ____/____/____

☐ Si elimina la cobertura de su pareja conviviente, indique la fecha en que dieron por terminado el acuerdo de convivencia en pareja: ____/____/____

☐ Otro _____

Si va a inscribirse y/o a inscribir a un dependiente en un plan de salud en el período de inscripción abierta (OE, por sus siglas en inglés), o si va a agregar dependientes a su cobertura fuera de este período con motivo de una circunstancia habilitante, proporcione una copia del certificado de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Circunstancia habilitante: _____ Fecha de la circunstancia habilitante: ____/____/____

Nota: A fin de agregar a su cobertura a hijos recién nacidos, niños adoptados o niños acogidos con fines adoptivos, debe completar una Solicitud de Cambio para Suscriptores y presentarla dentro de los 31 días del nacimiento o de la adopción.

Asegúrese de presentar todas las páginas de este formulario, ya que la segunda página contiene su firma, y esta es necesaria para tramitar los cambios que solicita. Envíe las solicitudes por fax al (209) 367-6475.
Si falta información, es posible que se demore el proceso.

Solicitud de Cambios para Suscriptores (continuación)

Sección A

Indique a qué beneficio afecta el cambio: **M = plan médico, D = plan dental, V = plan de la vista o SV = seguro de vida**
Complete esta sección si va a agregar dependientes a su cobertura, si va a eliminarlos o si va a transferirse a un plan HMO, un plan POS y/o un plan dental DHMO. Si el cambio está relacionado con la cobertura de un plan HMO/POS/DHMO, suministre información sobre el Médico Personal/Proveedor Dental.

Agregar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SV	Eliminar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SV	Titular Apellido _____ Primer nombre _____		Número de Seguro Social _____	
		Inicial del segundo _____	Sexo _____	Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____/_____/_____	
		Nombre del Médico Personal HMO/POS Nombre del médico: _____ N.º de proveedor _____ N.º de IPA/Grupo Médico _____	¿Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo proveedor dental de la HMO Nombre del proveedor dental: _____ N.º de proveedor dental _____	
Agregar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SV	Eliminar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SV	Cónyuge/pareja conviviente Last name _____ Primer nombre _____		Número de Seguro Social _____	
		Inicial del segundo _____	Sexo _____	Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____/_____/_____	
		Nombre del Médico Personal HMO/POS Nombre del médico: _____ N.º de proveedor _____ N.º de IPA/Grupo Médico _____	¿Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo proveedor dental de la HMO Nombre del proveedor dental: _____ N.º de proveedor dental _____	
Agregar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SV	Eliminar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SV	Hijo Apellido _____ Primer nombre _____		Número de Seguro Social _____	
		Inicial del segundo _____	Sexo _____	Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____/_____/_____	
		Nombre del Médico Personal HMO/POS Nombre del médico: _____ N.º de proveedor _____ N.º de IPA/Grupo Médico _____	¿Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo proveedor dental de la HMO Nombre del proveedor dental: _____ N.º de proveedor dental _____	
¿Es estudiante de tiempo completo este dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Agregar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SV	Eliminar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SV	Hijo Apellido _____ Primer nombre _____		Número de Seguro Social _____	
		Inicial del segundo _____	Sexo _____	Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____/_____/_____	
		Nombre del Médico Personal HMO/POS Nombre del médico: _____ N.º de proveedor _____ N.º de IPA/Grupo Médico _____	¿Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo proveedor dental de la HMO Nombre del proveedor dental: _____ N.º de proveedor dental _____	
¿Es estudiante de tiempo completo este dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Agregar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SV	Eliminar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SV	Hijo Apellido _____ Primer nombre _____		Número de Seguro Social _____	
		Inicial del segundo _____	Sexo _____	Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____/_____/_____	
		Nombre del Médico Personal HMO/POS Nombre del médico: _____ N.º de proveedor _____ N.º de IPA/Grupo Médico _____	¿Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo proveedor dental de la HMO Nombre del proveedor dental: _____ N.º de proveedor dental _____	
¿Es estudiante de tiempo completo este dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Toda la información que he proporcionado en este formulario es exacta y completa. Entiendo que el presente formulario, junto con cualquier formulario de inscripción anterior, la *Evidencia de Cobertura/Certificado de Seguro* y el Acuerdo de Servicio de Salud/Póliza, y cualquier enmienda y anexo pertinentes, constituyen en su conjunto la totalidad del acuerdo de cobertura.

Firma del empleado _____ Fecha ____/____/____

Si envía el formulario por fax, conserve este documento como constancia.

Blue Shield of California/Blue Shield Life protege la confidencialidad y la privacidad de su información personal y sobre la salud. La información personal y sobre la salud incluye tanto la información médica como la información que lo identifica individualmente, tal como su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguro Social. No revelaremos esta información, excepto en la medida en que lo permita la ley.

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

1 Es posible que se solicite una constancia de seguro.

Asegúrese de enviar todas las páginas de este formulario, ya que la segunda página contiene su firma, y esta es necesaria para tramitar los cambios que solicita.