



SUBSCRIBER CHANGE REQUEST

(All changes must be received within 31 days of the effective date of change)
This form cannot be used for Primary Care Physician (PCP) changes – subscriber must call plan directly.

EMPLOYEE IDENTIFICATION — This section must be completed.

SUBSCRIBER ID NUMBER (FROM ID CARD)	GROUP NUMBER (FROM ID CARD)	
WORK TELEPHONE ()	HOME TELEPHONE ()	
LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE INITIAL
HOME STREET ADDRESS	CITY	ST ZIP
GROUP/EMPLOYER NAME (IF APPLICABLE):	E-MAIL ADDRESS	

CHANGES

- YES NO IS THIS A CHANGE/CORRECTION OF ADDRESS?
 YES NO IS THE CHANGE/CORRECTION OF ADDRESS FOR A DEPENDENT?

IF YES, PLEASE INDICATE DEPENDENT NAME AND ADDRESS CHANGE _____

REQUESTED EFFECTIVE DATE: ____/____/____

CORRECT MY SOCIAL SECURITY NUMBER TO: - -
(COPY OF Social Security card, A Photo I.D., a letter of verification from the social security office and a written statement of why the employee is requesting the change, must be attached)

TRANSFER/ADD MY COVERAGE TO: HMO PPO PPO 3000* POS ACTIVE CHOICE*
 DHMO DPPO FROM GROUP # - TO GROUP # -
 IN MY EMPLOYER GROUP. NOTE: IF TRANSFERRING COVERAGE TO HMO, POS OR DHMO, PLEASE COMPLETE SECTION A.

CORRECT/CHANGE NAME TO:

CORRECT/CHANGE MY DATE OF BIRTH ____/____/____ TO: ____/____/____

ADDITIONAL CHANGES/COMMENTS:

SUBSCRIBER CANCELLATION: I DECLINE HEALTH PLAN COVERAGE FOR MYSELF (AND DEPENDENTS IF ANY)
 EFFECTIVE: ____/____/____

COBRA PARTICIPANT

QUALIFYING EVENT _____

IS THIS A TERMINATION? IF YES, LIST NAME/S:

PLEASE BE SURE TO RETURN BOTH PAGES OF THIS FORM AS THE SECOND PAGE CONTAINS YOUR SIGNATURE WHICH IS NECESSARY TO PROCESS THESE CHANGES.

This page intentionally left blank.

DEPENDENT COVERAGE CHANGES

ADD DEPENDENT(S) DATE OF MARRIAGE/DIVORCE IF ADDING/CANCELING SPOUSE: ____/____/____
 DOMESTIC PARTNER – DATE OF DOMESTIC PARTNERSHIP/TERMINATION IF ADDING/CANCELING: ____/____/____

CANCEL DEPENDENT(S) IF CUSTODY, ENTER DATE OF ADOPTION OR DATE PLACED FOR ADOPTION AND ATTACH COPY OF
 LEGAL DOCUMENTS: ____/____/____

REQUESTED EFFECTIVE DATE FOR ADDITIONS/DELETIONS: ____/____/____

EMPLOYER GROUPS: IF APPLICABLE, PLEASE HAVE EMPLOYEE PROVIDE A COPY OF THE HIPAA CERTIFICATE IF
 ENROLLING SELF AND/OR DEP(S) AS A HEALTH PLAN PARTICIPANT DURING OPEN ENROLLMENT (OE), OR IF EMPLOYEE
 IS ADDING DEP(S) TO THEIR COVERAGE OUTSIDE OE WITH A QUALIFYING EVENT.

QUALIFYING EVENT: _____ QUALIFYING EVENT DATE: ____/____/____

NOTE: NEWBORN/ADOPTED CHILDREN OR CHILDREN PLACED FOR ADOPTION REQUIRE A COMPLETED SUBSCRIBER CHANGE REQUEST TO BE SUBMITTED WITHIN 31 DAYS FROM THE DATE OF BIRTH/ADOPTION TO BE ADDED TO THE EMPLOYEE'S COVERAGE.

SECTION A

PLEASE CHECK WHICH BENEFIT THE CHANGE APPLIES TO: **COMPLETE THIS SECTION ONLY IF TRANSFERRING TO HMO, POS AND/OR DENTAL HMO PLAN(S)**
 D = DENTAL OR M = MEDICAL

ADD		CANCEL		LAST NAME	FIRST	MI	SEX	DATE OF BIRTH	IS THIS DEPENDENT A FULL TIME STUDENT?	HMO/POS PERSONAL PHYSICIAN NAME	CURRENT PATIENT	DENTAL HMO ONLY DENTAL CENTER
D	M	D	M									
				SELF						DR.'S NAME: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DENTAL CENTER NAME: DENTAL CENTER #:
				SPOUSE/DOMESTIC PARTNER						DR.'S NAME: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DENTAL CENTER NAME: DENTAL CENTER #:
				CHILD					<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DR.'S NAME: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DENTAL CENTER NAME: DENTAL CENTER #:
				CHILD					<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DR.'S NAME: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DENTAL CENTER NAME: DENTAL CENTER #:
				CHILD					<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DR.'S NAME: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DENTAL CENTER NAME: DENTAL CENTER #:

FOR GROUP COVERAGE EMPLOYER VERIFICATION:
 EMPLOYER MUST SIGN FOR ANY SUBSCRIBER NAME CHANGE, SUBSCRIBER CANCELLATION, DEPENDENT ADDITION/DELETION OR TRANSFER TO A DIFFERENT GROUP NUMBER OR SECTION/BILLING UNIT.

EMPLOYER SIGNATURE _____ **DATE** ____/____/____

EMPLOYEE SIGNATURE _____ **DATE** ____/____/____

All information I have provided on this form is accurate and complete. I understand that this form, along with any prior enrollment form, the evidence of coverage/certificate of insurance and health service agreement/policy, and any endorsements and attachments thereto, collectively constitute the entire agreement for coverage.

IF FAXING THIS FORM, KEEP THIS DOCUMENT FOR YOUR FILES.

mylifepath.com

® Registered Mark of the Blue Shield Association, an Association of Independent Blue Shield Plans

Blue Shield of California/Blue Shield Life protects the confidentiality and privacy of your personal and health information. Personal and health information includes both medical information and individually identifiable information, such as your name, address, telephone number and Social Security number. We will not disclose this information, except as permitted by law.

*Underwritten by Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

PLEASE BE SURE TO RETURN BOTH PAGES OF THIS FORM AS THE SECOND PAGE CONTAINS YOUR SIGNATURE WHICH IS NECESSARY TO PROCESS THESE CHANGES.

This page intentionally left blank.



© Marca registrada de la Asociación Blue Cross Blue Shield,
Una asociación de Planes Independientes Blue Cross y
Blue Shield.

SOLICITUD DE CAMBIO DEL SUSCRIPTOR

(Todos los cambios se deben recibir dentro de 31 días a partir de la fecha del cambio)

Esta solicitud no se puede usar para cambiar de Médico de Atención Primaria (PCP) – el suscriptor debe llamar al plan directamente.

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO — Debe completar esta sección.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR
(DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN)

NÚMERO DE GRUPO (DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN)

TELÉFONO DEL TRABAJO ()

TELÉFONO DE LA CASA ()

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

CALLE CÓDIGO

NOMBRE/GRUPO DEL EMPLEADOR (SI CORRESPONDE):

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA

CAMBIOS

SÍ NO ¿ES ESTE UN CAMBIO/CORRECCIÓN DE LA DIRECCIÓN?

SÍ NO ¿ES ESTE UN CAMBIO/CORRECCIÓN DE LA DIRECCIÓN DE UN DEPENDIENTE?

SI ES SÍ, FAVOR DE INDICAR EL NOMBRE DEL DEPENDIENTE Y EL CAMBIO DE DIRECCIÓN _____

FECHA DE VIGENCIA QUE SOLICITA: ____/____/____

CORRIJA MI NÚMERO DE SEGURO SOCIAL A: - -

(Debe adjuntar una COPIA de la tarjeta del Seguro Social; una fotografía de identificación; una carta de verificación de la oficina del Seguro Social y una declaración escrita del porqué el empleado está pidiendo el cambio)

TRANSFERA/AGREGUE MI COBERTURA A: HMO PPO PPO 3000* POS ACTIVE CHOICE*
 DHMO DPPO DEL GRUPO # - AL GRUPO # -

EN EL GRUPO DE MI EMPLEADOR.

NOTA: SI ESTÁ TRANSFIRIENDO LA COBERTURA A HMO, POS O DHMO, FAVOR DE COMPLETAR LA SECCIÓN A.

CORRIJA/CAMBIE EL NOMBRE A:

CORRIJA/CAMBIE MI FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ A: ____/____/____

CAMBIOS/COMENTARIOS ADICIONALES:

CANCELACIÓN DEL SUSCRIPTOR: DECLINO LA COBERTURA DEL PLAN MÉDICO PARA MÍ (Y LOS DEPENDIENTES SI HUBIERA ALGUNO)

VIGENTE: ____/____/____

PARTICIPANTE DE COBRA

HECHO HABILITANTE _____

¿ES ESTA UNA TERMINACIÓN? SI SÍ, INDIQUE EL NOMBRE (S):

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

Esta página queda en blanco a propósito.

CAMBIOS EN LA COBERTURA DEL DEPENDIENTE

- AGREGUE DEPENDIENTE(S)** FECHA DEL MATRIMONIO/DIVORCIO SI ESTÁ AGREGANDO/CANCELANDO UN CÓNYUGE: ____/____/____
 COMPAÑERO DOMÉSTICO – FECHA DE TERMINACIÓN DEL COMPAÑERO DOMÉSTICO SI ESTÁ AGREGÁNDOLO O CANCELÁNDOLO (A): ____/____/____
- CANCELE DEPENDIENTE(S)** SI TIENE LA CUSTODIA, PONGA LA FECHA DE ADOPCIÓN O LA FECHA EN QUE SE PUSO EN ADOPCIÓN Y ADJUNTE
 COPIAS DE LOS DOCUMENTOS LEGALES: ____/____/____
 FECHA DE VIGENCIA QUE SOLICITA PARA AGREGAR/CANCELAR: ____/____/____
- GRUPOS DE EMPLEADORES: SI CORRESPONDE, FAVOR DE PEDIRLE AL EMPLEADO QUE PROVEA UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE HIPAA SI SE ESTÁ INSCRIBIENDO ÉL Y/O LOS DEPENDIENTES COMO PARTICIPANTES DEL PLAN MÉDICO DURANTE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA (OE), O SI EL EMPLEADO ESTÁ AGREGANDO DEPENDIENTES A SU COBERTURA FUERA DE OE CON UN HECHO HABILITANTE.
 HECHO HABILITANTE: _____ FECHA DEL HECHO HABILITANTE: ____/____/____

NOTA: NIÑOS RECIÉN NACIDOS/ADOPTADOS O NIÑOS PUESTOS EN ADOPCIÓN REQUIEREN QUE UNA SOLICITUD DE CAMBIO DEL SUBSCRIPTOR COMPLETA SE ENVÍE DENTRO DE 31 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE NACIMIENTO/ADOPCIÓN PARA SER AGREGADOS A LA COBERTURA DEL EMPLEADO.

SECCIÓN A

FAVOR DE VERIFICAR CUÁL CAMBIO DE BENEFICIO LE CORRESPONDE A: **COMPLETE ESTA SECCIÓN SÓLO SI SE ESTÁ TRANSFERIENDO A HMO, POS Y/O PLAN (ES) DENTAL HMO** D = DENTAL O M = MÉDICO

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

VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR PARA COBERTURA GRUPAL:

EL EMPLEADOR DEBE FIRMAR CUALQUIER CAMBIO DE NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR, CANCELACIÓN DEL SUBSCRIPTOR, 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 ESTE 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. 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 según lo permite la ley.

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

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

Esta página queda en blanco a propósito.