

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 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 BELOW.

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

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

DEPENDENT COVERAGE CHANGES

ADD DEPENDENT(S) DATE OF MARRIAGE/DIVORCE IF ADDING/CANCELING SPOUSE: _____/_____/_____

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					MO. DAY YR.				
				SELF					<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DR.'S NAME: PROV. # IPA/MG #	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DENTAL CENTER NAME: DENTAL CENTER #:
				SPOUSE/DOMESTIC PARTNER					<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DR.'S NAME: PROV. # IPA/MG #	<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: PROV. # IPA/MG #	<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: PROV. # IPA/MG #	<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: PROV. # IPA/MG #	<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).

C-675-1 WEB (7/04)

SOLICITUD DE CAMBIO DEL SUSCRIPTOR

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

Este formulario no se debe usar para hacer cambios de Médico de Atención Primaria (PCP) - el suscriptor debe de llamar directamente al plan

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO – Esta sección debe completarse.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR (DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN)	NÚMERO DEL GRUPO (DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN)		
TELÉFONO DEL TRABAJO ()	TELÉFONO DE SU HOGAR ()		
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	
DIRECCIÓN DE LA CALLE DEL HOGAR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
GRUPO/NOMBRE DEL EMPLEADOR: (SI CORRESPONDE)	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA		

CAMBIOS

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

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

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

FECHA EFECTIVA SOLICITADA: ____ / ____ / ____

CORRIJA MI NÚMERO DE SEGURO SOCIAL A: - - *DEBE ADJUNTAR COPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO SOCIAL Y UNA FOTO DE IDENTIFICACIÓN, UNA CARTA DE LA OFICINA DEL SEGURO SOCIAL Y UNA DECLARACIÓN ESCRITA DEL PORQUÉ EL EMPLEADO ESTÁ SOLICITANDO EL CAMBIO.*

TRASLADÉ 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 TRASLADANDO LA COBERTURA A UNA HMO, POS O DHMO, FAVOR DE COMPLETAR LA SECCIÓN A ABAJO

CORRIJA / CAMBIE MI NOMBRE A:

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

CAMBIOS / COMENTARIOS ADICIONALES:

CANCELACIÓN DEL SUSCRIPTOR: DECLINO LA COBERTURA DEL PLAN DE SALUD PARA MÍ (Y MIS DEPENDIENTES SI EXISTEN) EFECTIVO: ____ / ____ / ____

PARTICIPANTE DE COBRA _____

¿ES ESTA UNA CANCELACIÓN? SI SÍ, ESCRIBA EL NOMBRE (S) _____

CAMBIOS EN LA COBERTURA DE LOS DEPENDIENTES

AGREGUE DEPENDIENTE(S) FECHA DEL MATRIMONIO / DIVORCIO SI ESTÁ AGREGANDO / CANCELANDO A SU CÓNYUGE: ____/____/____
 CANCELE DEPENDIENTE(S) SI ES PARA CUSTODIA, PONGA LA FECHA DE LA ADOPCIÓN O LA FECHA EN QUE FUE PUESTO EN ADOPCIÓN Y ADJUNTE UNA COPIA DE LOS DOCUMENTOS LEGALES: ____/____/____
 FECHA EFECTIVA SOLICITADA PARA AGREGAR / CANCELAR: ____/____/____
 GRUPOS DE EMPLEADORES: SI CORRESPONDE FAVOR DE PEDIRLE A LOS EMPLEADOS QUE PRESENTEN UN CERTIFICADO DE HIPAA SI SE ESTÁN INSCRIBIENDO ÉL Y / O LOS DEPENDIENTES COMO PARTICIPANTE (S) DEL PLAN DE SALUD DURANTE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA (OE), O SI EL EMPLEADO ESTÁ AGREGANDO DEPENDIENTES A SU COBERTURA FUERA DE OE CON UN CASO QUE CALIFICA
 EVENTO QUE CALIFICA _____ FECHA DEL EVENTO QUE CALIFICA: ____/____/____

NOTA: HIJOS RECIÉN NACIDOS/ADOPTADOS O HIJOS PUESTOS EN ADOPCIÓN NECESITAN QUE SE ENVÍE UNA SOLICITUD DE CAMBIO DEL SUSCRIPTOR DENTRO DE 31 DÍAS DE LA FECHA DE NACIMIENTO / ADOPCIÓN PARA SER AGREGADOS A LA COBERTURA DEL EMPLEADO.

SECCIÓN A

FAVOR DE MARCAR A CUÁL BENEFICIO CORRESPONDE EL CAMBIO: **COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLO SI SE ESTÁ CAMBIANDO A UN PLAN HMO, POS Y / O PLAN (S) DENTAL HMO**
 D= DENTAL O M= MÉDICO

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

PARA COBERTURA DE GRUPO VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR:
 EL EMPLEADOR DEBE FIRMAR CUALQUIER CAMBIO DEL SUSCRIPTOR: NOMBRE, CANCELACIÓN, AGREGAR O CANCELAR UN DEPENDIENTE O TRASLADO A UN NÚMERO DE GRUPO DISTINTO O A UNA SECCIÓN/UNIDAD DE FACTURACIÓN.

FIRMA DEL EMPLEADOR _____ FECHA ____/____/____

FIRMA DEL EMPLEADO _____ FECHA ____/____/____

Toda la información que he provisto en este formulario es exacta y completa. Entiendo que este formulario, junto con cualquier formulario de inscripción anterior, la evidencia de cobertura/certificado de seguro y el acuerdo/póliza de servicio de salud, y cualquier endoso y anexo a ellos, colectivamente constituyen el acuerdo total de la cobertura.

SI MANDA ESTE FORMULARIO POR FAX, GUARDE ESTE DOCUMENTO PARA 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 una asociación de planes independientes de Blue Shield y la privacidad de su información personal y médica. La información personal y médica incluye la información médica y la información personal identificable, tales como su nombre, dirección, número de teléfono y número del Seguro Social. Nosotros no revelaremos esta información, excepto como lo permite la ley.

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