



Acuerdo Blue Cross Blue Shield

# FORMULARIO DE RECLAMO



Debe tener sello postal  
cerrado a más tardar el  
5 de noviembre de 2021

ACUERDO BLUE CROSS BLUE SHIELD  
C/O JND LEGAL ADMINISTRATION  
PO BOX 91390  
SEATTLE, WA 98111  
www.BCBSsettlement.com

## FORMULARIO DE RECLAMO DE BLUE CROSS BLUE SHIELD

Es posible que sea elegible para recibir un pago en efectivo si es un **Individuo**, un **Grupo asegurado** (y sus empleados) o una **Cuenta autofinanciada** (y sus empleados) que **adquirió** o **estuvo inscrito** en un seguro de salud o plan de servicios administrativos de Blue Cross o Blue Shield (BCBS) durante uno de los dos Periodos de la conciliación de la demanda colectiva.




El Período de la conciliación de la demanda colectiva para **Individuos** y **Grupos asegurados** (y sus empleados) abarca desde el 7 de febrero de 2008 hasta el 16 de octubre de 2020. El Período de la conciliación de la demanda colectiva para **Cuentas autofinanciadas** (y sus empleados) abarca desde el 1 de septiembre de 2015 hasta el 16 de octubre de 2020. Las personas a cargo, los beneficiarios (incluidos los menores de edad) y las personas que no fuesen empleados **NO** son elegibles para recibir el pago.

La forma más fácil de presentar un reclamo es hacerlo en línea en [www.BCBSsettlement.com/espanol](http://www.BCBSsettlement.com/espanol).

### INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMO

1. **Indique a continuación, y en la página 8, la ID única que figura en el correo electrónico o en el aviso postal que recibió.** Si no recibió un correo electrónico o un aviso postal, o si no puede localizar su correo electrónico/aviso postal, escriba "no disponible".

**ID ÚNICA:**

2.  Si es una compañía/negocio/entidad que adquirió un seguro de salud o plan de servicios de administración de BCBS de una compañía de BCBS, complete la **Sección A**.
3.  Si es un individuo que adquirió un seguro de salud de BCBS directamente de una compañía de BCBS (y NO es un empleado inscrito a través de una compañía/negocio/entidad), complete la **Sección B**.
4.  Si es un individuo que estuvo inscrito en un seguro de salud o plan de servicios administrativos de BCBS a través de su empleador, o es un individuo que, de otro modo, adquirió un seguro de salud o un plan de servicios administrativos de BCBS por medio de otra entidad empresarial, como por ejemplo, un sindicato o una asociación de afiliados (pero NO directamente de una compañía de BCBS), complete la **Sección C**.

Debe tener sello postal  
fechado a más tardar el  
5 de noviembre de 2021

ACUERDO BLUE CROSS BLUE SHIELD  
C/O JND LEGAL ADMINISTRATION  
PO BOX 91390  
SEATTLE, WA 98111  
www.BCBSsettlement.com

## INSTRUCCIONES, CONTINUACIÓN

5. Si es un individuo que adquirió un seguro de salud de BCBS directamente de una compañía de BCBS Y además, estuvo inscrito en un seguro de salud o un plan de servicios administrativos de BCBS a través de su empleador o de otra entidad, debe completar las **Secciones B y C** de este formulario de reclamo.
  6. Si completó la **Sección A o la Sección C**, también debe revisar la **Sección D**. De lo contrario, puede pasar directamente a la **Sección E**.
  7. Todos los demandantes deben completar la **Sección E** para informar qué opción de pago desean.
  8. Debe firmar la certificación del formulario de reclamo en la **Sección F** y enviarla por correo a la dirección que figura a continuación con sello postal fechado a más tardar el **5 de noviembre de 2021**, para que su reclamo sea considerado. O puede completar rápidamente este formulario de reclamo en línea en [www.BCBSsettlement.com](http://www.BCBSsettlement.com).
- Acuerdo Blue Cross Blue Shield  
C/O JND Legal Administration  
PO Box 91390  
Seattle, WA 98111
9. Complete el cuadro de la página 9 **ÚNICAMENTE** si tenía más de un plan de salud o plan de servicios administrativos, o si estuvo inscrito en un plan de seguro de salud o plan de servicios administrativos de BCBS a través de más de un empleador.
  10. Consulte la lista de verificación en la página 10 antes de enviar su reclamo.

*Al enviar este formulario de reclamo, usted expresa su consentimiento para la divulgación de su información para que esta sea utilizada por el Administrador de reclamos y el Administrador del acuerdo durante el proceso de administración de reclamos. La información que usted nos proporcione en este reclamo es confidencial y se utilizará únicamente para ponernos en contacto con usted y para procesar su reclamo. No se utilizará para ningún otro fin.*

*No enviar su formulario de reclamo antes del 5 de noviembre de 2021 dará lugar a que se rechace su reclamo y a que se le impida ser elegible para recibir dinero en relación con el Acuerdo. No envíe por correo electrónico ni entregue este formulario de reclamo al Tribunal.*

## SECCIÓN A: EMPRESARIAL



Para ser completado únicamente por compañías/negocios/entidades que adquirieron un seguro de salud o plan de servicios administrativos de BCBS de una compañía de BCBS.

<b>1. NOMBRE COMPLETO DE LA COMPAÑÍA:</b>			
<b>2. DIRECCIÓN POSTAL DE LA SEDE CENTRAL PRINCIPAL:</b>	Dirección física, línea 1		
	Dirección física, línea 2		
	Ciudad	Estado	Código postal
<b>3. CONTACTO DE LA COMPAÑÍA (NOMBRE Y CARGO):</b>	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
	Cargo		
<b>4. NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA:</b>			Ext.:
<b>5. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:</b>			
<b>6. NOMBRE DEL PLAN DE SALUD CONTRATADO MARCA BLUE CROSS O BLUE SHIELD<sup>1</sup>:</b>			
<b>7. N.º DEL GRUPO DE BLUE CROSS O BLUE SHIELD:</b>			
<b>8. FECHAS DE INICIO Y FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA: (MM/AAAA)</b>	Fecha de inicio		Fecha de finalización
<b>9. PARA PLANES ADQUIRIDOS A TRAVÉS DE UNA ENTIDAD DE COMPRAS</b>	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si su compañía/negocio/entidad adquirió el plan de salud a través de otra entidad de compra, como por ejemplo, una organización profesional de empleadores (Professional Employer Organization, PEO). Indique el nombre de la entidad de compra:  _____		
	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es una organización profesional de empleadores ("PEO"), sindicato o asociación comercial, u otra entidad de asociación que realizaba el cobro de los pagos de un plan de seguro de salud o servicios administrativos de BCBS o que tenía contrato con un plan de seguro de salud o servicios administrativos de BCBS o que adquirió un plan de seguro de salud o servicios administrativos de BCBS en nombre de sus compañías, compradores o miembros clientes directamente de una compañía de BCBS.		

<sup>1</sup> Si tuvo varios planes de seguro de salud o servicios administrativos, complete el cuadro en la página 9, en lugar de los campos 6 a 8.

## SECCIÓN B: MIEMBROS INDIVIDUALES



Para ser completado únicamente por Individuos que adquirieron seguro de salud directamente de una compañía de BCBS.

<b>1. NOMBRE COMPLETO DEL SUSCRIPTOR:</b>	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
<b>2. DOMICILIO POSTAL:</b>	Dirección física, línea 1		
	Dirección física, línea 2		
	Ciudad	Estado	Código postal
<b>3. NÚMERO DE TELÉFONO:</b>			
<b>4. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:</b>			
<b>5. NOMBRE DEL PLAN DE SALUD MARCA BLUE CROSS O BLUE SHIELD<sup>2</sup>:</b>			
<b>6. N.º DEL GRUPO DE BLUE CROSS O BLUE SHIELD:</b>			
<b>7. ID DEL SUSCRIPTOR:</b>			
<b>8. FECHAS DE INICIO Y FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA: (MM/AAAA)</b>	Fecha de inicio	Fecha de finalización	

<sup>2</sup> Si tuvo varios planes de seguro de salud, complete el cuadro en la página 9, en lugar de los campos 5 a 8.

## SECCIÓN C: EMPLEADOS



Para ser completado únicamente por Individuos que estuvieron inscritos en planes de seguro de salud o servicios administrativos de BCBS a través de sus empleadores, o que de otro modo, adquirieron los planes de seguro de salud o servicios administrativos a través de otras entidades empresariales.

<b>1. NOMBRE COMPLETO DEL SUSCRIPTOR:</b>	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	
<b>2. DOMICILIO POSTAL:</b>	Dirección física, línea 1			
	Dirección física, línea 2			
	Ciudad	Estado	Código postal	
<b>3. NÚMERO DE TELÉFONO:</b>				
<b>4. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:</b>				
<b>5. NOMBRE DEL EMPLEADOR O GRUPO EMPRESARIAL A TRAVÉS DEL CUAL USTED RECIBIÓ SEGURO DE BLUE CROSS O BLUE SHIELD<sup>3</sup>:</b>				
<b>6. DIRECCIÓN POSTAL DEL EMPLEADOR O GRUPO EMPLEADOR:</b>				
<b>7. NOMBRE DEL PLAN DE SALUD MARCA BLUE CROSS O BLUE SHIELD<sup>4</sup>:</b>				
<b>8. N. ° DEL GRUPO DE BLUE CROSS O BLUE SHIELD:</b>				
<b>9. ID DEL SUSCRIPTOR:</b>				
<b>10. FECHAS DE INICIO Y FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA: (MM/AAAA)</b>	Fecha de inicio		Fecha de finalización	

<sup>3</sup> Si tuvo planes de seguro de salud o servicios administrativos de BCBS a través de más de un empleador, complete el cuadro en la página 9, en lugar de los campos 5 y 6.

<sup>4</sup> Si tuvo varios planes de seguro de salud o servicios administrativos, complete el cuadro en la página 9, en lugar de los campos 7 a 10.

## SECCIÓN D: EXPLICACIÓN DE LOS PORCENTAJES DE LAS PRIMAS DEL EMPLEADOR/EMPLEADO



Esta Sección corresponde únicamente a los demandantes que completaron la Sección A o la Sección C.

El Acuerdo de conciliación establece que los pagos se basarán, en parte, en las primas pagadas para los planes de seguro de salud o servicios administrativos de BCBS durante los periodos correspondientes entre 2008 y 2020.

El Acuerdo además establece las fórmulas predeterminadas que utilizará el Administrador de reclamos al momento de determinar qué porcentaje de la prima fue pagado por el empleador/la entidad y qué porcentaje fue pagado por los empleados/afiliados de estos.

*El 100 % de las primas para empleados que no presenten reclamos será asignado al empleador demandante. Cuando un empleado presenta el reclamo, su parte de la prima se determina mediante fórmulas predeterminadas, las cuales establecen que a los empleados con una sola cobertura se les asigna el 15 % (para pólizas de seguro de salud totalmente aseguradas) o el 18 % (para planes administrativos) del total de las primas pagadas en su nombre por parte del empleador, y a los empleados con cobertura familiar se les asigna el 34 % (para pólizas de seguro de salud totalmente aseguradas) o el 25 % (para planes administrativos), y el resto del porcentaje se le asigna al empleador. Para obtener más información sobre cómo se utilizarán estas fórmulas al momento de calcular los reclamos, consulte el Plan de distribución en el Sitio web del Acuerdo.*

### **OPCIÓN PREDETERMINADA**

- **Si acepta la Opción predeterminada, NO** es necesario que proporcione datos o pruebas adicionales en este momento para respaldar su reclamo.
- Si la presentación de un reclamo de otro demandante afecta su reclamo, se le brindará la oportunidad de responder en una fecha posterior.

### **OPCIÓN ALTERNATIVA**

- **Si desea solicitar un porcentaje de contribución alternativo**, en lugar de utilizar la Opción predeterminada, debe completar la tabla en la página 7.
- Si selecciona esta opción, además debe proporcionar datos o pruebas que respalden los porcentajes que usted indique en la tabla.
- Se aplicará la Opción predeterminada antes mencionada en aquellos periodos para los cuales no se hayan presentado datos o pruebas de respaldo.
- La selección de la Opción alternativa no garantiza un porcentaje de contribución mayor que o igual a la Opción predeterminada. Su porcentaje dependerá de un proceso de revisión que incluye una revisión de todo el material presentado relacionado con sus primas.



## SECCIÓN D, CONTINUACIÓN

**DETÉNGASE:** Si no desea usar la **OPCIÓN PREDETERMINADA**, **NO COMPLETE ESTA SECCIÓN.**

Si desea usar la **OPCIÓN ALTERNATIVA** en lugar de recibir la Opción predeterminada, indique el porcentaje de contribución que cree que usted contribuyó en cada año que estuvo inscrito en un plan de seguro de salud o servicios administrativos de BCBS.

Año	Porcentaje (%)
2008	
2009	
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
2019	
2020	

***RECORDATORIO:*** Si elige solicitar un porcentaje de contribución alternativo, debe proporcionar la documentación correspondiente, junto con este formulario de reclamo, que respalde el porcentaje que usted afirma haber contribuido. Si completa este cuadro para solicitar un porcentaje de contribución alternativo sin proporcionar documentación adicional, se aplicará a su reclamo la Opción predeterminada.





## SECCIÓN E: OPCIÓN DE PAGO

Infórmenos cómo le gustaría recibir el pago del acuerdo, si su reclamo fuese considerado válido. **Solo puede marcar una casilla a continuación.**

*Las determinaciones finales en cuanto a los montos del reclamo estarán disponibles después de que el Administrador de reclamos haya completado todo el proceso. No se pagarán reclamos cuyo valor sea inferior a \$5.00.*

*Los demandantes que presenten reclamos válidos y aprobados recibirán un porcentaje prorrateado del Fondo neto del acuerdo asignado al tipo de cobertura que le corresponda (totalmente asegurada o autofinanciada), según la proporción estimada de la suma acumulada total de las primas o de los honorarios administrativos pagados por todos los demandantes.*

Me gustaría recibir mi pago...

- Mediante Venmo** → Nombre de usuario: \_\_\_\_\_
- Mediante PayPal** → Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Mediante una tarjeta prepagada
- Mediante un cheque

**DEBE FIRMAR Y COLOCAR LA FECHA A CONTINUACIÓN EN SU FORMULARIO DE RECLAMO PARA SER ELEGIBLE Y RECIBIR UN PAGO POR ESTE ACUERDO DE CONCILIACIÓN.**



## SECCIÓN F: FIRMA

Afirmo en virtud de las leyes de los Estados Unidos y las leyes del estado en el que resido que, a mi leal saber y entender, la información suministrada en este Formulario de reclamo por el abajo firmante es fiel y exacta, y que este formulario se firmó en la fecha que figura a continuación.

Entiendo que el Administrador de reclamos y/o el Administrador del acuerdo pueden pedirme que aporte más información antes de que mi reclamo se considere completo y válido.

**ID ÚNICA:**

**Firma:**

**Fecha:**

**Nombre en letra de imprenta:**

**Cargo** (si firma en nombre de una compañía/negocio/entidad):

## INFORMACIÓN PARA PLANES DE SALUD ADICIONALES/EMPLEADORES

Para ser completado únicamente si participó en varios planes de seguro de salud o servicios administrativos de BCBS o si estuvo inscrito en planes de seguro de salud o servicios administrativos de BCBS a través de varios empleadores/entidades.

*Si necesita más espacio que el que se le proporciona en este cuadro, **debe presentar su reclamo en línea en [www.BCBSsettlement.com/espanol](http://www.BCBSsettlement.com/espanol)**.  
O bien, puede hacer varias copias de esta página.*

Nombre del plan de salud marca Blue Cross o Blue Shield	N.º del grupo de Blue Cross o Blue Shield	ID del suscriptor (solo para Individuos)	Nombre del empleador o grupo empresarial a través del cual usted recibió la cobertura del seguro	Dirección postal del empleador o grupo empresarial	Fecha de inicio de la cobertura (MM/AAAA)	Fecha de finalización de la cobertura (MM/AAAA)



## LISTA DE VERIFICACIÓN

- ✓ ¿Incluyó su ID única en la página 1 y en la página 8? O bien, si no tiene una ID única, ¿escribió “No disponible”?
- ✓ ¿Completó todos los campos en la Sección A, B o C, según corresponde?
- ✓ Si eligió la Opción alternativa en la Sección D, ¿incluyó documentación o información de respaldo?
- ✓ ¿Completó la Sección E, y nos indicó cómo desea recibir su pago?
- ✓ ¿Firmó y colocó la fecha en la Sección F del formulario de reclamos?
- ✓ ¿Envió su formulario antes de la fecha límite?

*Si se modifica su información de contacto, debe notificarnos de inmediato mediante un correo electrónico a [info@BCBSsettlement.com](mailto:info@BCBSsettlement.com).*

*Tenga en cuenta que los beneficios del Acuerdo se distribuirán después de que el Tribunal lo apruebe y sea definitivo. Le solicitamos que tenga paciencia.*