

Formulario de cambio

Para cobertura grupal



Sección 1: Información del solicitante (es obligatorio completar esta sección)

DATOS CLAROS

Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Género ☐ Masculino ☐ Femenino	____ / ____ / ____
Apellido		Sufijo		Fecha de nacimiento	
Dirección de residencia				Número de Seguro Social	
Ciudad				(____) ____ - ____	(____) ____ - ____
Estado		Código postal	+4	Condado	Número de teléfono de la casa
Dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia)				Número de teléfono móvil	
Ciudad				Dirección de correo electrónico	
Estado		Código postal	+4	Condado	Empleado por
Dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia)				(____) ____ - ____	
Ciudad				Número de teléfono del trabajo	
Estado		Código postal	+4	Condado	Número de fax
Dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia)				Número/categoría del grupo	
Ciudad				Número de identificación del asegurado	

Sección 2: Información de inscripción

Quiero inscribirme en cobertura: ☐ Médica ☐ Dental

Motivo del cambio:

☐ Inscripción abierta ☐ Nacimiento/Adopción ☐ Casamiento ☐ Divorcio

☐ Pérdida involuntaria de cobertura (explique) _____

☐ Otro (indique el motivo) _____

Fecha oficial del evento calificador ____ / ____ / ____

Esta no es la fecha de entrada en vigor. Es probable que se solicite documentación del evento para completar la inscripción. Se le avisará si se necesita dicha documentación.

Sección 2A: Agregar miembros de la familia a la cobertura (use una hoja extra para agregar dependientes adicionales)

Nota: Complete todos los campos de la Sección 2A para cada dependiente que desee agregar.

Relación con el solicitante: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Tutela legal ☐ Custodia legal

Primer nombre		Inicial segundo nombre		Género ☐ Masculino ☐ Femenino	____ / ____ / ____
Apellido		Sufijo		Fecha de nacimiento	
				Número de Seguro Social	____ / ____ / ____
Tipo de cobertura de salud para este dependiente (marque todas las opciones que correspondan): ☐ Médica ☐ Dental					

Primer nombre		Inicial segundo nombre		Género ☐ Masculino ☐ Femenino	____ / ____ / ____
Apellido		Sufijo		Fecha de nacimiento	
				Número de Seguro Social	____ / ____ / ____
Tipo de cobertura de salud para este dependiente (marque todas las opciones que correspondan): ☐ Médica ☐ Dental					

Sección 2B: Otras coberturas (use una hoja extra para agregar dependientes adicionales con otra cobertura)

¿Alguna de las personas que solicitan esta cobertura está inscrita en algún otro seguro médico? ☐ Sí ☐ No

____/____/____
Fecha de entrada en vigor de otras coberturas

¿Alguna de las personas que solicitan esta cobertura está inscrita en algún otro seguro dental? ☐ Sí ☐ No

____/____/____
Fecha de entrada en vigor de otras coberturas

¿Usted o alguno de sus dependientes que figuran en esta solicitud está inscrito en las Partes A o B de Medicare? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene derecho a Medicare debido a ESRD (insuficiencia renal permanente)? ☐ Sí ☐ No

____/____/____
Fecha de entrada en vigor de la Parte A de Medicare

____/____/____
Fecha de entrada en vigor de la Parte B de Medicare

Nombre del miembro de la familia con Medicare u otra cobertura:

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Sufijo

Nombre de la aseguradora de cobertura médica

Número de identificación

Nombre de la aseguradora de cobertura dental

Número de identificación

Sección 3: Retirar a miembros de la familia de la cobertura (use una hoja extra para agregar dependientes)

Marque uno: (indique a continuación a qué afiliados específicos desea dar de baja)

☐ Cambiar a cobertura individual del empleado ☐ Cambiar a empleado y cónyuge ☐ Cambiar a empleado e hijo/s

☐ Conservar la cobertura familiar y dar de baja a la cobertura para: _____

Motivo del cambio:

☐ Divorcio ☐ Hijo que alcanza el límite de edad ☐ Fallecimiento ☐ Otro (indique el motivo): _____

____/____/____
Fecha oficial del acontecimiento

Relación con el solicitante: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Tutela legal ☐ Custodia legal

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Género ☐ Masculino ☐ Femenino
____/____/____
Fecha de nacimiento

Apellido

Sufijo

____-____-____
Número de Seguro Social

Relación con el solicitante: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Tutela legal ☐ Custodia legal

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Género ☐ Masculino ☐ Femenino
____/____/____
Fecha de nacimiento

Apellido

Sufijo

____-____-____
Número de Seguro Social

Sección 4: Otros cambios y comentarios

Certifico que todas las declaraciones hechas en este documento están completas y son verdaderas a mi leal saber y entender. Comprendo que si omito proporcionar información importante o si tergiverso intencionalmente algún hecho relevante, dicha omisión o tergiversación intencional puede resultar en la recalificación, terminación o rescisión de mi cobertura de atención médica o en un proceso penal.

Para procesar los cambios anteriores, firme y ponga la fecha:

Se requiere su firma

Solicitante

____/____/____
Fecha de la firma

Representante del administrador del plan, representante del patrocinador del plan o persona de contacto designada del grupo

____/____/____
Fecha de la firma