

Formulario de cambio

para cobertura grupal



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

Primer nombre _____

Inicial del segundo nombre

Género Masculino Femenino _____ / _____ / _____

Fecha de nacimiento

Apellido _____

Sufijo _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Dirección de residencia _____

(____) _____ - _____
Número de teléfono de la casa

(____) _____ - _____
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) _____

(____) _____ - _____
Número de teléfono del trabajo

(____) _____ - _____
Número de fax

Ciudad _____

Número /categoría del grupo _____

Estado _____ Código postal _____ +4 _____ Condado _____

Número de identificación del asegurado _____

Sección 2 – Información de inscripción

Quiero inscribirme en un plan: Médica Dental Vista

Razón del cambio:

Inscripción abierta Nacimiento/Adopción Matrimonio Divorcio

Pérdida involuntaria de la cobertura (explique) _____

Otra (explique) _____

Fecha oficial del evento calificador _____ / _____ / _____

Esta no es la fecha de entrada en vigor. Puede ser necesario proporcionar la información del evento para completar la inscripción. Será notificado si se necesita dicha documentación.

Sección 2A – Agregar miembros de la familia a la cobertura (utilice una hoja extra para agregar a los derechohabientes adicionales)

Aviso: Complete todos los campos de la sección 2A para cada derechohabiente que desee agregar.

Relación con el solicitante: Cónyuge Hijo(a) Hijastro(s) Tutor legal Custodia legal

Primer nombre _____

Inicial del segundo nombre

Género Masculino Femenino _____ / _____ / _____

Fecha de nacimiento

Apellido _____

Sufijo _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

____ / ____ / ____
Fecha del matrimonio/adopción

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médica Dental Vista

Relación con el solicitante: Cónyuge Hijo(a) Hijastro(s) Tutor legal Custodia legal

Primer nombre _____

Inicial del segundo nombre

Género Masculino Femenino _____ / _____ / _____

Fecha de nacimiento

Apellido _____

Sufijo _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

____ / ____ / ____
Fecha del matrimonio/adopción

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médica Dental Vista

Sección 2B – Otra cobertura (utilice una hoja extra para agregar a los derechohabientes adicionales con otra cobertura)

¿Hay alguien que esté solicitando esta cobertura y que esté inscrito en cualquier otro seguro médico? Sí No

____/____/____
Fecha de vigencia de la otra cobertura

¿Hay alguien que esté solicitando esta cobertura y que esté inscrito en cualquier otro seguro dental? Sí No

____/____/____
Fecha de vigencia de la otra cobertura

¿Usted o alguno de sus derechohabientes mencionados tiene la Parte A y/o la Parte B del Programa Medicare? Sí No

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

____/____/____
Fecha de vigencia de la Parte A de Medicare

____/____/____
Fecha de vigencia de la Parte B de Medicare

Nombre del miembro de la familia que tiene cobertura de Medicare u otra cobertura:

Primer nombre Inicial del segundo nombre

Apellido Sufijo

Nombre de la compañía de seguro médico

Número de identificación

Nombre de la compañía de seguro dental

Número de identificación

Sección 3 – Eliminar miembros de la familia de la cobertura (utilice una hoja extra para agregar a los derechohabientes adicionales)

Marque una opción: (enumere abajo a los miembros específicos que va a eliminar)

Cambio solo a empleado Cambio a empleado y cónyuge Cambio a empleado e hijo(s)

Mantener a la familia y eliminar a: _____

Razón del cambio:

Divorcio Hijo(a) que alcanzó el límite de edad Muerte Otra (explique): _____

____/____/____
Fecha oficial del acontecimiento

Relación con el solicitante: Cónyuge Hijo(a) Hijastro(s) Tutor 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(a) Hijastro(s) Tutor 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 no proporciono cualquier información material o si doy información falsa intencionalmente sobre cualquier hecho material, dicha omisión o declaración falsa intencional puede resultar en reevaluación, terminación o rescisión de mi cobertura médica y/o 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 funcionario de la compañía

____/____/____
Fecha de la firma