

Formulario de Modificación

Nombre del empleado _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nro. de suscriptor _____ Nro. de Seguro Social _____ - _____ - _____

A. MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nueva dirección postal y nuevo nro. de teléfono

Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Nro. de teléfono (____) _____

Cambio de nombre: De _____ A _____

B. AÑADIR O ELIMINAR MIEMBROS DE LA FAMILIA

	CAMBIO	PLAN	NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL)	SEXO M/F	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	NUMERO DE SEGURO SOCIAL*	MOTIVO
Cónyuge	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Eyewear					Fecha efectiva de cambio ____/____/____ Se requiere firma (ver sección 3) <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura ³ <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura
Hijo	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Eyewear					Fecha efectiva de cambio ____/____/____ <input type="checkbox"/> Divorcio ¹ <input type="checkbox"/> Orden judicial ² <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura ³ <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura
Hijo	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Eyewear					Fecha efectiva de cambio ____/____/____ <input type="checkbox"/> Divorcio ¹ <input type="checkbox"/> Orden judicial ² <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura ³ <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura
Hijo	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Eyewear					Fecha efectiva de cambio ____/____/____ <input type="checkbox"/> Divorcio ¹ <input type="checkbox"/> Orden judicial ² <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura ³ <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura

NOTAS: Debe presentar a SelectHealth una prueba de cobertura anterior dentro de los 60 días.

- Si usted realiza una modificación, debido a un divorcio, debe adjuntar a este Formulario de Modificación una copia de la sentencia de divorcio. Debe incluir la primera página de la sentencia, la página donde aparecen las firmas y cualquier otra parte donde se especifiquen las responsabilidades de cobertura para dependientes.
- Si añade a un dependiente debido a una orden judicial o administrativa, adjunte a este formulario una copia.
- Si realiza una modificación debido a la pérdida de otra cobertura, complete la siguiente información:

Aseguradora _____ Fecha de inicio de la cobertura ____/____/____ Fecha de finalización de la cobertura ____/____/____

*La ley Federal sección 111 de Medicare, Medicaid, and SCHIP Acta de Extencion del 2007 require que SelectHealth obtenga esta informacion.

C. SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS Y/O DENTALES

Deseo cancelar **mis** beneficios. Marque todo lo que apliqué: Médica Dental Eyewear

Razon de cancelacion _____ Fecha de cancelacion _____

Deseo cancelar los beneficios de **mi conyuge o ex-conyuge**. Marque todo lo que apliqué: Médica Dental Eyewear

Se requiere la firma del conyuge o del ex-conyuge o se debe adjuntar una copia de la sentencia de divorcio (consultar la Nota 1 arriba)

Firma del conyuge del suscriptor o del ex-conyuge _____ Fecha ____/____/____

D. FIRMA DEL EMPLEADO

Firma del empleado _____ Fecha ____/____/____

E. PARA USO DEL EMPLEADOR

Autorización del empleador _____ Fecha ____/____/____

Nombre de la empresa _____ Nro. de grupo _____

Comentarios _____

Suspensión de beneficios médicos

- Fecha de finalización ____/____/____
Razon de cancelacion: Voluntario Tiempo parcial Terminacion de empleo
- Fecha de la pérdida del estado de elegibilidad ____/____/____
- Fecha de transferencia:
Desde ____/____/____ hasta ____/____/____
- Fecha de jubilación ____/____/____
- Fecha de fallecimiento ____/____/____

Licencia

- Licencia por servicio militar activo ____/____/____
Cobertura se mantiene activa Si No
- Fecha de inicio de la licencia ____/____/____
Fecha estimada de regreso ____/____/____
Cobertura se mantiene activa Si No
- Fecha de regreso de la licencia ____/____/____