

Formulario de cambio de Idaho (para miembros que obtienen seguro a través de su empleador)

Nombre del empleado _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de suscriptor _____ N.º de Seguro social _____

A. CAMBIO DE INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nuevo domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nuevo nro. tel. (____) _____ Dirección de correo electrónico _____

Nombre cambiado de _____ a Nuevo nombre _____

B. INCORPORACIÓN O ELIMINACIÓN DE FAMILIARES

| CAMBIO | PLAN | NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE) | SEXO M/F | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL * | MOTIVO |
|---------|-------------------------------------|--|-------------|--------------------------------------|------------------------------|---|
| Cónyuge | <input type="checkbox"/> Incorporar | <input type="checkbox"/> Médico | | | | Fecha de entrada en vigencia del cambio |
| | <input type="checkbox"/> Eliminar | <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> HSA | | | | <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura ² <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Muerte |
| Niño | <input type="checkbox"/> Incorporar | <input type="checkbox"/> Médico | | | | Fecha de entrada en vigencia del cambio |
| | <input type="checkbox"/> Eliminar | <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> HSA | | | | <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Orden judicial ¹ <input type="checkbox"/> Recién nacido <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura ² <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura <input type="checkbox"/> Muerte |
| Niño | <input type="checkbox"/> Incorporar | <input type="checkbox"/> Médico | | | | Fecha de entrada en vigencia del cambio |
| | <input type="checkbox"/> Eliminar | <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> HSA | | | | <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Orden judicial ¹ <input type="checkbox"/> Recién nacido <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura ² <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura <input type="checkbox"/> Muerte |
| Niño | <input type="checkbox"/> Incorporar | <input type="checkbox"/> Médico | | | | Fecha de entrada en vigencia del cambio |
| | <input type="checkbox"/> Eliminar | <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> HSA | | | | <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Orden judicial ¹ <input type="checkbox"/> Recién nacido <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura ² <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura <input type="checkbox"/> Muerte |

NOTAS: Debe proporcionar prueba de cobertura anterior a SelectHealth dentro de 60 días.

- Si está incorporando a un dependiente debido a una orden judicial o administrativa, adjunte una copia a este formulario.
- Si está haciendo un cambio debido a la pérdida de otra cobertura, complete lo siguiente: Aseguradora _____ Fecha de inicio y término de la cobertura _____

*La ley federal, sección 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007 requiere que SelectHealth recopile esta información.

C. SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS

Deseo suspender los beneficios para mí y para todos mis dependientes. Marque lo que corresponda: Médico Dental Anteojos HSA

Motivo de la suspensión _____ Fecha de la suspensión _____

D. FIRMA DEL EMPLEADO

Al firmar, usted acepta los cambios solicitados con anterioridad.

Firma del empleado _____ Fecha _____

E. USO DEL EMPLEADOR

Nombre de la compañía _____ N.º de grupo _____

Comentarios _____

Certifico que la persona incluida en este formulario califica para:

COBRA
(Los empleados que soliciten la cobertura de COBRA deben completar un Formulario de COBRA separado) Fecha de finalización _____

Motivo de finalización: Voluntario Tiempo parcial Finalización del empleo

Jubilación Muerte Renuncia debido a la cobertura bajo el cónyuge o padre

Permiso de ausencia

Licencia por servicio militar activo _____

Cobertura para permanecer activo Sí No

Tomar una fecha de permiso de ausencia _____

Fecha de regreso prevista _____ Cobertura para permanecer activo Sí No

Regreso de un Permiso de ausencia/Servicio militar

Fecha _____

Firma del empleador _____ Fecha _____

Después de completar este formulario, envíelo por fax al 208-338-2001