

## Formulario de cambio — NV (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"/> Eliminar	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> HSA					Fecha de entrada en vigencia del cambio _____ <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Divorcio <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura <input type="checkbox"/> Muerte
Niño	<input type="checkbox"/> Incorporar <input type="checkbox"/> Eliminar	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> HSA					Fecha de entrada en vigencia del cambio _____ <input type="checkbox"/> Divorcio <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Orden judicial <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Recién nacido <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Muerte
Niño	<input type="checkbox"/> Incorporar <input type="checkbox"/> Eliminar	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> HSA					Fecha de entrada en vigencia del cambio _____ <input type="checkbox"/> Divorcio <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Orden judicial <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Recién nacido <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Muerte
Niño	<input type="checkbox"/> Incorporar <input type="checkbox"/> Eliminar	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> HSA					Fecha de entrada en vigencia del cambio _____ <input type="checkbox"/> Divorcio <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Orden judicial <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Recién nacido <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Muerte

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

1. Si está incorporando a un dependiente debido a una orden judicial o administrativa, adjunte una copia a este formulario.
2. 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 385-297-2064