

Formulario de cambio— UT (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 _____ Matrimonio Divorcio

B. INCORPORACIÓN O ELIMINACIÓN DE FAMILIARES

	CAMBIO	PLAN	NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	SEXO MF	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL *	MOTIVO
Cónyuge	<input checked="" 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 ¹ <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura ² <input type="checkbox"/> Obtuvo otra cobertura <input type="checkbox"/> Muerte
Niño	<input checked="" 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 <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 checked="" 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 <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 checked="" 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 <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, adjunte prueba de cobertura anterior.

*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
- mini-COBRA (aplicable si empleó a menos de 20 empleados en un día hábil típico durante el año calendario anterior)

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

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